

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 26

Travail de la Clinique Neurologique du Professeur LÉPINE

Quelques Résultats Eloignés
de la Malariathérapie
de la Paralysie Générale
(Etude Clinique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond AIGROT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 16 Avril 1910 à BAYONNE (Basses-Pyrénées)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

QUELQUES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
MALARIATHÉRAPIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
(Etude clinique)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553610_0032

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 No 26

Travail de la Clinique Neurologique du Professeur LÉPINE

Quelques Résultats Eloignés de la Malariathérapie de la Paralyisie Générale (Etude Clinique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raymond AIGROT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 16 Avril 1910 à BAYONNE (Basses-Pyrénées)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé, chargé de cours
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILIARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etiemme MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

R. UNIV.
BIBLIOTHEQUE
LEIDEN

MM. LÉPINE, président; FROMENT, assesseur;
DECHAUME et BERNHEIM

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOYEN J. LEPINE
*Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
à la Faculté de Médecine de Lyon
Membre Correspondant de l'Académie de Médecine*

En le remerciant de l'honneur qu'il
fait à son ancien externe de présider
ce jury de thèse, et en l'assurant de
nos sentiments respectueux et de notre
gratitude pour l'intérêt bienveillant
qu'il nous a toujours porté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FROMENT
Médecin des Hôpitaux de Lyon

En le priant de croire à notre recon-
naissance pour l'enseignement qu'il
nous a donné pendant un de nos meil-
leurs semestres d'externat et pour la
bonté qu'il nous a si souvent té-
moignée.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT POMMÉ

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Avec toute notre gratitude pour ses
leçons et ses conseils qui nous furent
à la fois très utiles et particulièrement
agréables.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. CHRISTY

*Chef de Clinique Neurologique à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Qui nous a initié à la pratique neuro-
psychiatrique et qui nous a aidé dans
l'étude de la malariathérapie ; avec
l'assurance de notre amitié dévouée.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE LYON :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE

MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

De qui nous avons eu l'honneur
d'être l'externe.

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A NOS JUGES

QUELQUES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
MALARIATHÉRAPIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
(Etude clinique)

Introduction

Il semblera sans doute bien téméraire de parler si tôt de résultats éloignés d'une méthode aussi récente que la malariathérapie ; et cette tâche dût-elle être entreprise d'autres seraient plus qualifiés que nous pour la tenter, puisque Wagner von Jauregg publiait déjà, en 1917, ses premiers résultats, puisque le D^r A. Marie en 1923, et le P^r Henri Claude en 1924 pratiquaient en France leurs premiers essais, tandis que les cas que nous publions ne datent que de cinq ans.

Cependant certains auteurs ne semblent pas avoir suivi leurs malades pendant un temps assez long. Il nous a donc paru intéressant de rechercher l'état actuel des premiers malades traités à Lyon de 1927 à 1929 dans le service du P^r Lépine. Nous avons arrêté là nos recherches, ne voulant parler de résultats éloignés qu'au delà de trois ans après le traitement, puisque les auteurs autrichiens et allemands, dont l'expérience est bien plus longue que la nôtre, considèrent

que l'état des P. G. impaludés ne varie que très rarement après un tel délai.

Nous désirons seulement attirer l'attention sur l'intérêt de suivre longtemps les malades, sur la possibilité de rémission tardive et de rechute, sur des guérisons, trop souvent incomplètes sans doute, mais généralement durables de cette affection que l'on continue à appeler en Allemagne progressiven Paralyse et en France paralysie générale progressive.

Nous avons limité notre étude aux malades traités à l'Hôtel-Dieu de Lyon quoique le nombre en soit restreint. On pourrait nous reprocher d'avoir choisi les P. G. à forme surtout neurologique, et d'avoir exclu ceux qui présentaient des troubles psychiques importants ; mais il suffira de lire nos observations pour se convaincre que la plupart concernent de véritables aliénés. Un certain nombre d'entre eux ont dû être internés par la suite, parfois même avant l'apparition des accès. Nous avons simplement voulu, par ce choix, ne pas encombrer notre étude de nombreux P. G. anciens qui ont été impaludés en 1927 et 1928 à l'asile de Bron où ils étaient déjà internés depuis des mois et des années, sans grand espoir d'amélioration. Dans ces conditions on ne pouvait obtenir que des résultats médiocres dont l'intérêt est minime. La statistique de la clinique psychiatrique est faussée de ce fait. Parmi les malades traités à l'Hôtel-Dieu il n'en est que trop dont l'affection était déjà ancienne, mais c'est malheureusement encore le cas de la pratique courante, où l'on ne voit pas toujours les malades au début — soit que l'affection ait évolué lentement,

sans que des idées délirantes aient forcé l'attention des familles — soit que le médecin traitant n'ait pas su dépister assez tôt la méningo-encéphalite syphilitique — heureux encore, lorsqu'un traitement spécifique intempestif n'a pas donné un coup de fouet à l'affection. Malgré les nombreux travaux sur la malariathérapie, qui tous insistent sur la précocité du traitement, trop de médecins ne savent pas assez qu'elle est l'importance capitale de ce facteur. En effet, si beaux que soient les résultats de la méthode de Wagner Jauregg, le paludisme est incapable de régénérer les cellules cérébrales détruites ; et si cette thérapeutique intervient après une évolution trop longue, tout au plus peut-elle fixer le malade au stade d'affaiblissement mental où il se trouve alors. Elle transformera souvent l'état physique du sujet ; mais au point de vue psychique elle fera simplement d'une affection progressive et rapide une maladie nouvelle stabilisée et chronique. Dans ces conditions l'intérêt de ce traitement est médiocre ; et, tous les auteurs sont unanimes sur ce point, il est essentiel de traiter les P. G. dès le début de leur affection — avant même, disent certains.

Mais l'action prophylactique de la malaria est loin d'être démontrée : ainsi qu'on l'a signalé de toutes parts, nous avons vu des P. G. qui avaient contracté le paludisme à des temps variables après le chancre ; la rareté de la P. G. chez les arabes ne nous paraît pas un argument valable : ainsi que l'enseigne notre maître le Professeur Lépine, les races neuves, les peuples primitifs, qui ne sont ni intoxiqués par l'alcool, ni surmenés intellectuellement, sont moins fragiles au

point de vue cérébral. Les arabes qui vivent en Europe et ont adopté nos mœurs sont exposés à la maladie de Bayle, malgré leur paludisme antérieur. D'ailleurs, si l'on admet avec Dujardin que la malaria transforme la P. G., état anallergique, en syphilis cérébrale allergique, on comprend aisément l'inefficacité prophylactique de l'infection palustre.

Mais dès la période prodromique de la méningo-encéphalite, la malariathérapie s'avère très efficace. Autrefois, en face de syphilitiques présentant des troubles cérébraux diffus mais non caractérisés, alors que le diagnostic restait hésitant entre la syphilis cérébrale et la maladie de Bayle, on pratiquait un traitement spécifique, mais presque toujours les troubles paralytiques se confirmaient. Aujourd'hui, en face de tels malades on devrait, nous semble-t-il, pratiquer l'impaludation avant tout essai de chimiothérapie par les arsenicaux pentavalents, mais il s'agit ici de traitement précoce et non de traitement préventif ⁽¹⁾.

Quoi qu'il en soit ce sera une des tâches de la médecine de demain de préciser dans le temps les indications de la malariathérapie.

Toutes les observations que nous présentons concernent des cas de P. G. certaine, à des stades plus ou moins avancés. Dans l'étude des rémissions nous attachons une grande importance à la récupération de l'activité professionnelle et à l'évaluation du rendement actuel. Nous n'avons pas voulu utiliser les tests psy-

(1) LEROY et MÉDAKOVITCH, *Soc. Méd. Psych.* 28, I, 29 ; discussion : M. Targowla (*Annales Méd. Psych.*, 1929, t. I, pp 162-171).

chologiques qu'emploient volontiers les auteurs germaniques ; d'après M. Simon lui-même, on ne peut leur accorder qu'une valeur très relative, surtout lorsqu'ils n'ont pas été pratiqués avant et après la cure ⁽²⁾. Nous pensons que c'est un leurre que ces dosages de l'intelligence, faculté qui échappe essentiellement à toute mesure. D'ailleurs les séquelles nous paraissent plus graves et plus fréquentes dans la sphère affective. Dans le domaine du caractère, des instincts, de l'émotion et des sentiments, un changement même léger ne passe pas inaperçu à l'entourage du malade, et même à celui-ci lorsqu'il a récupéré son auto-critique, ce qui est fréquent. Dans certains cas tout plaide pour la restitution intégrale du psychisme antérieur ; il persiste cependant une tare cachée qui se révélera soudain par un fait anormal ; et cela surtout en face de circonstances graves, tant il est vrai qu'alors c'est notre affectivité qui est à l'origine de nos actes.

Nous avons causé longuement avec nos anciens malades. Nous avons interrogé minutieusement leur entourage ; et nous croyons que cette enquête montre mieux que des tests en apparence plus objectifs quel est l'état mental de ceux qui furent des P. G.

Nous nous garderons d'attribuer les résultats obtenus à l'impaludation seule. La plupart de ces sujets ont reçu ensuite des arsenicaux pentavalents ; et nous savons quelle en est la puissance dans le traitement de la P. G. ; nous savons que certains auteurs la croient

(2) SIMON, *Soc. Méd. Psych.*, 31, III, 30 et 30, VI, 30 (*Annales Méd. Psych.*, 1930, t. I, p. 383 et t. II, p. 118).

égale à celle de la malaria ⁽³⁾. Nos malades ayant reçu presque tous un traitement mixte nous n'essaierons pas de mettre en parallèle ces deux procédés, nous aurons seulement en vue les résultats de cette thérapeutique conjuguée, à laquelle se rangent actuellement la majorité des auteurs français.

Sans doute notre étude est-elle fort incomplète ; la valeur scientifique d'une statistique basée sur vingt cas est toujours discutable ; mais nous n'avons ni la prétention ni la compétence de mettre au point une question aussi vaste et aussi passionnante que le traitement de la maladie de Bayle. Nous désirons seulement y apporter une modeste contribution par l'étude de quelques cas déjà anciens suivis de notre mieux.

Nous remercions respectueusement notre maître, M. le Professeur Lépine, qui nous a permis d'aborder ce sujet et de revoir dans son service ses anciens malades. Nous sommes aussi reconnaissant à M. le Professeur Froment et au Docteur Bourrat des conseils et des observations que nous leur devons. Enfin nous remercions très vivement le Docteur Christy, chef de clinique neurologique, qui a consacré sa thèse et une grande partie de ses recherches à la malariathérapie ; il nous a guidé dans notre tâche, aidé de ses conseils et de son expérience. C'est à lui que nous devons le meilleur de notre travail.

(3) SÉZARY et BARBÉ, *Les traitements modernes de la P. G.*, Doin, Paris, 1930 (Collect. Pratiq. Méd. illustr.).

PREMIÈRE PARTIE

Avant-Propos

Nous présentons ici vingt observations de P. G. traités par la malariathérapie à la clinique neurologique du Professeur Lépine (excepté l'obs. 2). 14 d'entre elles concernent des sujets traités en 1927 et 1928, et ont été déjà publiées en 1929 par le Docteur Christy ⁽¹⁾ ; nous les avons résumées, insistant seulement sur l'état actuel. 6 observations de malades impaludés en 1929 (obs. 5, 6, 8, 12, 19, 20) sont entièrement inédites.

Pendant ces trois années, trois autres P. G. ont été impaludés à l'Hôtel-Dieu. L'un était mort en 1928 de tuberculose pulmonaire trois mois après la fin des accès (obs. 49, thèse Christy). Deux autres en rémission complète n'ont pu être retrouvés par suite de changement de domicile (obs. 2, thèse Christy, et 1 cas de 1929 non publié).

La technique employée a été à peu près constante :

(1) CHRISTY, Contribution à l'étude de la malariathérapie de la paralysie générale, *Thèse* Lyon, 1929.

on a utilisé une souche unique de plasmodium vivax, vérifiée à maintes reprises ; sa virulence ne s'est pas modifiée au cours des passages successifs d'homme à homme. On pratiqua l'inoculation, soit par voie sous-cutanée, soit plus rarement par voie intraveineuse, sans avantages spéciaux si ce n'est la durée plus courte de l'incubation dans le second cas. Avant la cure les malades ont été l'objet de précautions hygiéniques plus ou moins prolongées (repos, suppression d'alcool, alimentation riche et hypotoxique).

Pendant la cure, la température fut prise régulièrement toutes les 3 heures, aussi bien la nuit que le jour ; l'état physique des sujets fut attentivement surveillé et plus particulièrement les fonctions cardiaques, rénales et hépatiques. La fièvre fut modérée par la prise de 0,10 de quinine chaque fois que la température dépassait 41°. Elle fut arrêtée chaque fois qu'apparut une complication somatique quelconque. Sinon, on laissa évoluer 8 à 10 accès en moyenne, quelquefois plus, sans aucun avantage ainsi que nous le verrons plus loin. La quinine per-os, à la dose quotidienne de 1 gr. 50 à 2 grammes, a toujours été suffisante pour arrêter le paludisme et fût continuée pendant 8 à 10 jours.

Dès le 3^e, 4^e jour d'apyrexie, on commença un traitement arsenical, parfois par des injections de tryparsamide, le plus souvent par le stovarsol sodique. Après une première injection de 0,50 de stovarsol on a complété la série par 20 injections de 1 gramme chacune (2 ou 3 injections par semaine). En surveillant l'aspect de la papille on pratiqua, en règle générale, 3 à 4 sé-

ries à quelques mois d'intervalle. Enfin ce n'est que lorsque les malades parurent stabilisés au point de vue psychique qu'on les traita comme de simples syphilitiques, par des injections de bismuth le plus souvent.

Nous avons classé nos observations suivant les résultats obtenus pour plus de commodité dans l'exposé qui suivra.

Observations

Rémissions complètes

OBSERVATION I

(Obs. 3, th. CHRISTY)

C. J., 50 ans, commerçant.

En février 1928 admis à la clinique neurologique pour un délire mégalomane apparu depuis peu : il veut construire des gratte-ciel dans son village. Apparaît d'emblée euphorique et exubérant (fausse reconnaissance) perte totale de l'auto-critique, il est très satisfait de son intelligence et de sa santé. Nie la syphilis.

Troubles nets de la parole et de l'écriture ; achoppement aux mots d'épreuve. Tremblement de la langue et des doigts. Pupilles inégales, réactions paresseuses à la lumière.

P. L. : 38 lympho. 1 gr. alb. B. W. très positif.

Impaludé le 6 mars 1928 : 9 accès quotidiens. Confusion et délire hallucinatoire pendant quelques jours. Quinine, stovarsol.

P. L. : 10 lympho, 0 gr. 90 alb. B. W. très positif.

Amélioration psychique. Retour de l'auto-critique, comprend qu'il est malade et qu'il a déliré. Reprend son commerce de graines et continue son traitement. La persistance de quelques troubles du caractère (état hypomaniaque) motive, en 1929, un second séjour à l'hôpital : Intelligence sensiblement normale, mais euphorie, agitation. La dysarthrie a disparu,

mais le tremblement de la langue et des doigts persiste, quoique atténué. Abolition du réflexe rotulien gauche (déjà diminué au premier séjour) et de l'achilléen droit.

P. L. : 5 lympho. 0 gr. 90 alb. B. W. très positif.

Réimpaludation en mai 1929 : 3 accès, arrêt spontané. Stovarsol, le malade sort du Service, et depuis il a été suivi par le Docteur Bourrat, à qui nous devons la suite de cette observation :

Très amélioré au point de vue psychique, il a repris son commerce, sans erreur dans ses comptes ; il réussit dans ses affaires. Malgré l'avis médical, il avait conservé une auto et il a eu une série d'accidents que sa femme imputait plus à sa maladresse, à la brusquerie de ses gestes, qu'au hasard. Après la démolition accidentelle de sa voiture, il a renoncé à l'automobile et se contente d'une paisible mule.

Actuellement il apparaît complètement normal, sauf peut-être une certaine jovialité, qui semble constitutionnelle. Son affectivité vis-à-vis de sa femme et de ses enfants est la même qu'autrefois.

Au point de vue neurologique, l'état des réflexes n'est pas modifié. Le malade a reçu au total 60 grammes de stovarsol et 2 séries de bismuth. Actuellement crypthermol par la bouche.

En somme : P. G. à forme expansive ; en rémission complète depuis plus de 4 ans, après traitement mixte.

OBSERVATION II

(Obs. 4, th. CHRISTY)

C. H. J., 31 ans.

Cette jeune femme a consulté le Professeur Froment en octobre 1928 pour des crises jacksoniennes du bras gauche. D'autre part, elle ne faisait plus de progrès au piano depuis quelques mois. Idées de grandeur. Actes niais (collection d'une multitude de gravures de journaux). Altération incontestable du fonds mental. Dysarthrie légère, réflexes vifs.

P. L. : lymphocytose, hyper-albuminose. B. W. très positif.

Impaludation le 24 octobre 1928 (Docteur Bourrat) : 9 accès. Excitation mégalomaniaque à la fin du traitement. Stovarsol.

En 1929 la malade est nettement améliorée : Elle compte bien, fait ses commissions, la mémoire réapparaît ; cependant trouble de l'attention (laisse carboniser un rôti, oublie de mettre des cuillers à table), pas de nouvelle crise jacksonienne. Achoppement rare.

P. L. : 5 lympho. 0 gr. 60 alb. B. W. très positif.

La malade suivie depuis lors par le Docteur Bourrat présente à la fin de 1929, une gomme du frontal guérie par un traitement ioduré intensif. A cette époque : asthénie, frigidité sexuelle transitoire, amaigrissement. Bismuth. Stovarsol (60 gr. en tout). Elle reprend du poids, sa frigidité disparaît, elle est encore instable au moment de ses règles. Elle a repris une vie normale même très mondaine. Aucun trouble psychique ne peut être mis en évidence. On remarque un peu de puérilisme, un souci exagéré de la toilette, mais de l'avis de son mari (ingénieur) elle a toujours été ainsi ; le retour à l'état antérieur est absolument complet. Néanmoins en avril 1932 une série de bivatol.

En somme P. G. à forme démentielle, en rémission complète à la suite du traitement mixte.

OBSERVATION III

(Obs. 9, th. CHRISTY)

A. S..., 32 ans, électricien.

Entre à l'Hôtel-Dieu en octobre 1926 pour des phénomènes dépressifs récents (inquiétude pour ses affaires, idée de suicide) et des hallucinations auditives et visuelles. Pas de signe de démence — pas de dysarthrie — tremblement de la langue et des doigts — réflexes tendineux normaux. Anisocorie sans signe d'Argyll Robertson. Syphilis en 1917 en Orient, peu

traîtée (2 séries de 606), paludisme léger peu avant le chancre, Ethylisme certain.

P. L. : 40 lympho. 0 gr. 90 alb. B. W. très positif.

Traitement arsenical (néo à petites doses). Sédation des idées délirantes ; le malade repart chez lui.

En mars 1927, il est ramené à la clinique neurologique à la suite de violences contre sa femme et son enfant. Tantôt triste et méfiant, tantôt confiant et expansif. L'éthylisme ne suffit pas à expliquer ces troubles ; le diagnostic de P. G. qui restait hésitant au premier séjour est enfin porté : le malade est envoyé à l'asile de Bron où il se comporte en dément.

P. L. : 5 lympho. 0 gr. 40 alb. B. W. très positif.

Impaludé le 17 juin 1927 : 7 accès pendant lesquels on note de la confusion avec excitation psychomotrice. Quinine, Stovarsol.

11 septembre 1927 : P. L. : moins d'un lymphocyte. 1 gr. 50 alb. B. W. très positif.

Le 31 septembre 1927 apparition d'un délire mégalomaniac.

En janvier 1928 l'état psychique est redevenu normal.

En mai 1928 : P. L. : 2 lympho. 0 gr. 90 alb. B. W. légèrement positif.

Le malade sort de l'asile et reprend immédiatement son travail d'électricien. Pendant 2 à 3 mois encore il a quelque peine à fixer son attention, puis peu à peu il récupère son rendement professionnel antérieur : Il gagne 1.200 francs par mois ; mène une vie normale et reste sobre. Il a continué son traitement, d'abord par le stovarsol, et depuis 1929 une série de bismuth chaque année.

Le 12 mars 1932, il revient consulter : Il fait bien la critique de son état antérieur et comprend la nécessité de se faire examiner périodiquement. Il apparaît parfaitement normal au point de vue psychique : l'attention, la mémoire, le jugement sont excellents. Aucun achoppement aux mots d'épreuve. L'écriture n'est ni tremblée ni fautive. Il a entièrement retrouvé, dit-il, l'état mental qu'il avait avant sa mala-

die. Il n'accuse aucun changement de caractère et rien au cours de l'interrogatoire prolongé ne permet de soupçonner quelque séquelle intellectuelle ou affective.

Au point de vue somatique l'anisocorie qui a été notée en 1927 n'est plus retrouvée : les pupilles réagissent toujours bien à la lumière et à l'accommodation. Aucun trouble neurologique ou viscéral.

P. L. : 5 lympho. 0 gr. 60 alb. B. W. très positif.

Dans le sang B. W. très positif.

Rien de nouveau depuis ; une série de bismuth en juin 1932.

OBSERVATION IV (Obs. 25, th. CHRISTY)

B. M., 53 ans, mécanicien de locomotive.

Envoyé en décembre 1928 à la clinique neurologique pour des fautes professionnelles graves : mécanicien sur une grande ligne, il s'arrêtait pour ramasser de l'herbe pour ses lapins. Il raconte cela avec le sourire, ayant perdu toute critique de ses actes.

Euphorie très marquée, insouciance parfaite, il aurait, dit-il en riant, une affection abdominale grave ; son médecin l'envoie à l'hôpital pour qu'il soit opéré. Amnésie, fabulation, propos stupides.

Dysarthrie, peu de tremblement. Argyll Robertson. Réflexes tendineux vifs.

P. L. : 50 lympho. 1 gr. 50 alb. B. W. négatif.

Syphilis en 1908 très irrégulièrement traitée. Le début des troubles psychiques remonterait à 8 ou 10 mois d'après la femme du malade.

Impaludation le 20 décembre 1928 ; mais un délire mégalomane nécessite l'internement avant l'apparition des accès.

A Bron : 13 accès. Ictère. Stovarsol 21 grammes.

P. L. : 6 lympho. 0 gr. 90 alb. B. W. légèrement positif.

En mars 1929 : amélioration nette ; l'agitation a cédé, le délire des grandeurs commence à disparaître. Le malade est assez amélioré pour être rendu à sa famille en mai.

Depuis il n'a pas eu de nouveau traitement et il n'a présenté aucune manifestation pathologique. Réformé par la Compagnie P.-L.-M., il a dû changer de métier : peu après sa sortie de l'asile, il est entré comme ouvrier spécialisé dans une entreprise métallurgique, où son rendement était égal à celui des autres ouvriers. Aucune faute professionnelle ; mais la faillite de cette usine l'a laissé sans emploi depuis quelques mois. Il doit entrer prochainement dans une maison similaire.

Revu le 23 juin 1932, le sujet fait actuellement une excellente impression au point de vue psychique : il fait de façon parfaite la critique de sa maladie mentale : il garde le souvenir de son délire et de l'affaiblissement de toutes ses facultés psychiques. Il se dit complètement rendu à son état antérieur et sa femme nous confirme ses dires sans aucune réserve, tant au point de vue affectif qu'intellectuel.

La conversation prolongée ne révèle aucune trace de déficit mental : l'attention est parfaite, la mémoire est très sûre, psychiquement paraît normal. Il serait, nous dit-il, assez irritable, mais il l'a toujours été ; actuellement il ne l'est ni plus ni moins qu'autrefois. Il boit encore un demi-litre de vin par jour en moyenne, comme avant 1928 ; il a seulement supprimé quelques apéritifs. Parfois il a eu l'occasion de dépasser cette dose d'alcool, sans manifester d'intolérance.

L'examen neurologique révèle la persistance du signe d'Argyll Robertson et l'abolition de l'achilléen gauche (vif au premier séjour). Les autres réflexes tendineux sont normaux.

Il n'existe pas de tremblement des doigts, mais quelques secousses fibrillaires ; pas de dysarthrie spontanée, mais quelques accrocs aux mots d'épreuve. Pas de trouble de l'écriture.

Dans le sang B. W. très positif.

OBSERVATION V

L. J., 46 ans, chef de train au P.-L.-M.

Envoyé en août 1929 à la consultation neurologique par l'administration du P.-L.-M. : Depuis deux mois il a présenté des troubles de caractère qui ont été remarqués par ses chefs et qui inquiètent également sa famille. Le malade au faciès inexpressif, apparaît apathique et euphorique : il parle peu, ses réponses sont lentes. Il ne se trouve pas malade.

Les associations d'idées sont pauvres, la mémoire des faits récents est déficiente, celle des faits anciens est conservée. Il calcule correctement. On remarque des troubles nets de la parole et de l'écriture (dysarthrie et redoublement des syllabes, troubles calligraphiques et psychographiques).

Le malade avoue un alcoolisme modéré (1 litre et demi par jour) ; il nie la syphilis. Sa femme est bien portante ; elle n'a pas eu de fausse couche. Une fille en bonne santé. D'autre part le malade présente depuis 1912 un goître qui a augmenté brusquement de volume depuis peu.

A l'examen : syndrome de Claude Bernard Horner (en rapport avec ce goître) mais de plus : signe d'Argyll Robertson. Réflexes tendineux vifs, mais symétriques. Tremblement des doigts, de la langue et des lèvres. Foie perceptible, rien par ailleurs.

P. L. : 43 lympho. 0 gr. 90 alb. B. W. très positif.

Impaludation le 28 août 1929. Dix accès quotidiens, dont 4 au-dessus de 41°. Quinine, stovarsol.

Réapparition de la mémoire des faits récents, diminution des troubles de la parole ; mais le malade croit qu'il est à l'hôpital pour son goître. Il va bien, dit-il, puisqu'il n'a plus de fièvre.

En octobre 1929 : Enucléation du lobe droit du corps thyroïde (Docteur Laroyenne). Le 2 novembre, le malade sort de l'hôpital ; il reprend son travail au P.-L.-M. le 20 décembre et le continue depuis lors, sans interruption ; les premiers

mois avec quelque peine : il se fatigue plus vite qu'autrefois ; puis tout à fait normalement. Aucune erreur, aucune faute dans son service n'a été remarquée.

Traitement de consolidation régulièrement appliqué : 2 séries de stovarsol, puis une de bismuth en 1930. Une série de stovarsol en 1931. Une série de bismuth et 10 injections de stovarsol en 1932. En tout : 90 grammes de stovarsol et 2 séries de bismuth. Aucune affection intercurrente, abstinence au point de vue alcool.

Revu le 18 juin 1932 : le malade paraît absolument normal au point de vue psychique. Il a recouvré toute son auto-critique, seuls les souvenirs de la période fébrile de la cure sont estompés : Il se souvient bien de ses accès thermiques, mais il ne s'est pas rendu compte qu'ils étaient provoqués. La mémoire, l'attention, le jugement paraissent normaux. Le malade n'accuse aucun trouble du caractère et sa femme nous confirme cette guérison psychologique. L'état général est excellent ; pas d'enfant, pas d'impuissance génitale. Le malade se plaint seulement de quelques soubressauts dans les membres inférieurs ; l'examen révèle un léger tremblement des doigts, un léger achoppement aux mots d'épreuve difficiles. La parole spontanée et l'écriture ne révèlent aucune altération. Les réflexes rotuliens sont normaux, les achilléens faibles. Les signes pupillaires ne sont pas modifiés : inégalité et signe d'Argyll Robertson.

P. L. : 2 lympho., moins de 0 gr. 30 alb. B. W. positif.

Dans le sang, B. W. négatif.

OBSERVATION VI

P. P., 44 ans, représentant de commerce.

Le début de l'affection remonte au mois de janvier 1929 : fatigue, nervosité, irritabilité, fautes financières.

En avril 1929 le malade cesse de travailler et s'enferme chez lui pendant 20 jours : délire de type mélancolique, idées de

suicide ; vente d'une maison dans des conditions dérisoires. Une ponction lombaire révèle une réaction complète du l. c. r. de type paralytique. Son médecin fait le diagnostic de P. G. et le traite par des injections de stovarsol (21 grammes).

Après un mois de repos à la campagne il revient à Lyon et reprend son travail, mais de nouveau : fatigue, irritabilité, baisse de l'acuité visuelle. Le malade repart l'été à la campagne, puis devant la persistance de ces troubles, il consulte le Docteur Bourrat qui le fait entrer à la clinique neurologique pour l'impaluder.

A l'entrée dans le service, en octobre 1929 : pas de signe net d'affaiblissement mental, ni d'idée délirante ; l'auto-critique est en partie conservée. Pas de dysarthrie spontanée ni de trouble net de l'écriture, mais erreur dans des calculs simples.

A l'examen : myosis ; signe d'Argyll-Robertson, trémulation de la langue ; rien par ailleurs.

P. L. : nombreux lympho., hyper-albuminose. B. W. positif.

Impaludation : Premiers accès très élevés (41°2) type tierce. Néo 0,15 : 2 jours sans accès, puis nouveaux accès tierces encore très élevés (40°5 à 41°5). Quinine après le 6^e accès.

Nouvelle série de stovarsol (21 grammes).

Depuis le malade est suivi par le Docteur Bourrat qui a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants : Très amélioré au point de vue psychique, il a repris son travail et s'occupe d'affaires très importantes. En 1930 et 1931 l'état psychique est tout à fait satisfaisant, le sujet est redevenu ce qu'il était auparavant, tant au point de vue affectif qu'intellectuel. On lui parle alors de l'origine syphilitique de sa maladie. Il retrouve le souvenir d'une érosion insignifiante remarquée en 1918. A noter encore que pendant la guerre le malade a été enterré par un obus.

A cette époque, poussées de radiculite de D. IX à L. I. du côté gauche avec des douleurs atroces et une anesthésie du territoire cutané correspondant. Les réflexes cutanés abdomi-

naux sont cependant obtenus des deux côtés, de même que les réflexes tendineux des membres inférieurs. Apparition d'un souffle diastolique net avec écart tensionnel important. Le novarsénobenzol calme rapidement les douleurs radiculaires, mais dès l'injection de 0,45 cent., le sujet fait de grandes crises nitritoïdes qui commandent l'interruption du médicament, qui est remplacé par l'acétylarsan sans succès d'ailleurs, puis par du bismuth et du lipiodol.

En janvier 1932, malgré un traitement spécifique prolongé : crise gastrique très bruyante ayant duré 3 jours, modérément calmée par l'atropine. A ce moment on constate l'abolition du réflexe tricipital droit et l'intégrité des réflexes tendineux des membres inférieurs. L'anesthésie radiculaire déjà signalée persiste, de même que les signes pupillaires et le souffle d'insuffisance aortique. Le psychisme reste normal ; bismuth et iodure.

En somme : le diagnostic est peut-être discutable ici, cependant les médecins qui ont vu le malade au début affirment la P. G. (délire mélancolique, grosse faute d'intérêt). Amélioré par le stovarsol, le malade n'a été psychologiquement guéri qu'après malaria. Mais depuis syphilis médullaire et aortique grave.

Rémissions incomplètes

OBSERVATION VII

(Obs. 7, th. CHRISTY)

L. A., 42 ans.

Vue pour la première fois en juillet 1924 pour des troubles psychiques ; rien à signaler dans ses antécédents, sauf une crise de type comitial en 1921. Hospitalisée à la clinique neurologique, on remarque : La perte de la mémoire des faits ré-

cents. Des bizarreries de comportement (fugues dont elle garde le souvenir) ; de l'euphorie (expression de satisfaction puérile).

A l'examen : signe d'Argyll Robertson. Réflexes tendineux vifs, tremblement des doigts. Achoppement syllabique.

P. L. : Hyperlymphocytose, 1 gr. 50 alb. B. W. négatif.

Traitée par la tryparsamide (8 injections). Amélioration psychique.

7 octobre 1924. P. L. : 2 lympho., 0 gr. 30 alb. B. W. très positif.

Quitte le service, mais continue le traitement par la tryparsamide (23 gr. de février 1925 à avril 1926).

2^e séjour en juillet 1926 pour un zona. Irritable et euphorique elle ne travaille plus.

P. L. : 12 lympho., 1 gr. 20 d'alb. B. W. très positif. Traitée par le bismuth.

3^e séjour en septembre 1927 : les troubles psychiques s'étant encore exagérés. On pratique l'impaludation : 12 accès. Tachycardie et œdèmes au cours du traitement. Quinine, stovarsol.

Amélioration très nette : moins puérile, moins euphorique, plus attentive, elle ne s'irrite plus comme autrefois. Elle se remet au travail pour aider sa mère et reprend son ancien métier de coupeuse. Au début elle fait de grosses fautes d'inattention dans son travail ; puis peu à peu elle arrive à bien faire quoique plus lentement qu'autrefois : son rendement reste inférieur à celui des autres ouvrières, elle gagne cependant 22 francs par jour et fait vivre sa mère.

Revue le 30 avril 1932 : elle n'a subi aucun traitement depuis 1927 et continue à travailler et à vivre à peu près normalement, néanmoins son caractère reste un peu changé : elle est plus irritable, plus émotive qu'autrefois. Elle apparaît un peu bizarre : une légère euphorie persiste. Sa mémoire serait moins bonne, dit-elle, mais à l'interrogatoire, aucun signe de déficit psychique ne peut être mis en évidence. L'autocritique est parfaite, tant au point de vue de sa maladie (elle

a honte des bêtises qu'elle disait lors de ses précédents séjours) qu'au sujet de ses séquelles actuelles.

Il persiste quelques troubles de l'écriture et de l'achoppement aux mots d'épreuve, sans dysarthrie notable au cours de la conversation. A l'examen : pupilles inégales, en myosis, avec abolition du réflexe à la lumière. Réflexes tendineux plus vifs à droite qu'à gauche et légère diminution de la force musculaire à droite (la malade n'est cependant pas gauchère et n'a pas eu d'ictus), pas de tremblement de la langue ni des extrémités. Pas de troubles viscéraux notables.

P. L. : moins d'un lympho., moins de 0 gr. 30 d'alb. B. W. légèrement positif.

(Cf. Obs. de Targowla et Lagan (Soc. de Psych. de Paris, 19 décembre 1929) : P. G. prolongée.)

OBSERVATION VIII

(Obs. 9, th. CHRISTY)

R. M., 39 ans, employé de tramway.

Entre à l'Hôtel-Dieu en juillet 1927 ; 3 mois auparavant il a été congédié par la Cie O.-T.-L. ; il s'en étonne, car il se sent fort, capable de gagner sa vie. Euphorie calme, sans irritabilité. Optimisme insouciant. Orientation normale. Attention diminuée. Mémoire des faits anciens bien conservée. Jugement puéril : répète avec assurance qu'il possède son certificat d'études.

A noter que sa mère s'est suicidée ; et, d'autre part, il a eu en 1915 un chancre syphilitique (traitement arsenical au début — iodure depuis 3 ans). — Sa femme a eu 2 fausses couches et une fille bien portante. Le début des troubles psychiques daterait de 6 mois au moins.

A l'examen : signe d'Argyll Robertson. Grosse dysarthrie. Mouvement de trombone de la langue.

P. L. : 20 lympho., 1 gr. d'alb. B. W. très positif.

Impaludation 19 juillet 1927 : Quinze accès tierces. Léger épisode confusionnel pendant la phase fébrile. Au 15^e accès : quinine, puis une série de stovarsol.

Quelques mois après l'amélioration est manifeste quoique incomplète : Le malade fait la critique de son état antérieur, il est plus attentif, moins puéril, il calcule assez bien, son comportement est normal. Il reprend son ancien métier en 1928 et continue à se faire traiter régulièrement ; il a reçu en tout 5 séries de 20 grammes de stovarsol et 3 séries de bismuth.

Actuellement il continue à travailler et gagne sa vie (900 francs par mois), mais il conserve un déficit psychique manifeste : il paraît puéril et encore un peu euphorique.

Sa mémoire et son attention sont à peu près normales. L'auto-critique est récupérée. Chez cet homme, ce qui frappe surtout, c'est la persistance de troubles importants de la parole ; mais il s'agit surtout de dysarthrie proprement dite : les répétitions, les inversions syllabiques sont rares ; l'écriture est sensiblement normale, les mots d'épreuve sont plutôt mieux prononcés que les phrases courantes, car le malade s'applique davantage : en somme troubles presque purs de la mécanique articulaire, sans participation nette de troubles psycholaliques ; d'autre part, tremblement de la langue et persistance des signes pupillaires.

OBSERVATION IX

(Obs. 10, th. CHRISTY)

R. I. P., 41 ans, commerçante (café-restaurant).

Depuis 2 ans céphalées et crises jacksoniennes avec perte de connaissance secondaire. Quotidiennes au début, ces crises se sont peu à peu espacées et sont devenues hebdomadaires (alors que la malade prenait du gardénal). D'autre part, troubles de la mémoire et de la parole (amnésie transitoire) et tendance dépressive : Elle ne s'occupe plus de son travail,

n'a plus de goût à vivre, elle a perdu l'appétit et dort mal. Elle a des raisons multiples et légitimes d'inquiétude (son mari, ses affaires, sa santé).

A l'examen : Elle apparaît inquiète, puérile, ses pupilles sont inégales, avec abolition du réflexe photo-moteur. Sa parole devient très vite indistincte et pâteuse. A noter dans ses antécédents une syphilis insuffisamment traitée ; depuis 1922 : 2 fausses couches, un enfant mort-né. D'autre part, éthylisme certain.

P. L. : 25 lympho., 0 gr. 60 d'alb. B. W. très positif.

Impaludation le 24 octobre 1928 : 5 accès tierces avec température entre 40° et 41°. Arrêt spontané. Après 8 jours on donne de la quinine.

La malade quitte le service paraissant améliorée, après une série de stovarsol elle reprend son travail : dirige son commerce et tient sa comptabilité.

Revue en mars 1929 en consultation après un ictère bénin. Elle est beaucoup moins triste, se plaint seulement de frigidité génitale, et de quelques crampes dans le bras droit ; pas de nouvelle crise jacksonienne. En juillet 1929 elle est de nouveau admise dans le service pour des phénomènes dépressifs (préoccupation sexuelle, idées de suicide, se trouve plus malade qu'avant). Cependant l'examen ne révèle aucun trouble somatique nouveau : dysarthrie légère, écriture sensiblement normale, mémoire conservée, examen oculaire négatif (signe d'Argyll Robertson seulement).

P. L. : 2 lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. très positif.

5 juillet 1929, réimpaludation : après 2 jours de paludisme primaire (39°7 et 39°9) 2 accès francs (40°6 et 40°5) puis arrêt spontané. Quinine, stovarsol.

Quelques crises jacksoniennes réapparaissent alors dans le bras droit, sans généralisation et inquiètent beaucoup la malade.

En novembre 1930 la malade, qui a repris ses occupations, revient consulter : les crises jacksoniennes persistent toujours hebdomadaires). L'état psychique est sensiblement normal. Le

4 juin 1932 on revoit la malade qui fait une excellente impression : elle continue à diriger, seule maintenant, son café-restaurant. Ses crises jacksoniennes se sont peu à peu espacées. Actuellement la dernière remonte à 2 ou 3 mois, mais par contre, sont apparues, surtout au moment des règles, des crises caractérisées par une sensation d'arrêt, une impression d'angoisse, avec impossibilité de parler. Il semble s'agir plutôt de crises anxieuses que d'équivalents comitiaux. D'autre part, la malade se plaint de dysurie. Aucune cause locale n'ayant été trouvée, on pense qu'il s'agit d'un spasme fonctionnel.

Au point de vue psychique la malade fait très bien la critique de sa maladie mentale, accuse certaines modifications du caractère : elle est devenue irritable, nerveuse, et cependant rien ne permet plus, semble-t-il, d'incriminer l'éthylisme. Elle a parfois des périodes de dépression, elle craint de ne jamais guérir complètement et cependant reconnaît que son état s'est encore amélioré depuis sa dernière impaludation. Pas de trouble de la parole, les mots d'épreuve sont prononcés correctement mais avec effort. Aucun trouble intellectuel ne peut être mis en évidence : peut-être existe-t-il une légère diminution de la mémoire.

Au point de vue somatique, en plus de la persistance des signes pupillaires on remarque pour le première fois une hypertrophie du corps thyroïde prédominante sur le lobe droit, sans tachycardie, sans tremblement, sans exophtalmie.

B. W. légèrement positif dans le sang.

OBSERVATION X (Obs. 12, th. CHRISTY)

T. A., 33 ans, chauffeur de fours.

Le 1^{er} décembre 1928 est envoyé à la clinique neurologique par le Professeur Froment pour malariathérapie.

Syphilis ancienne, insuffisamment traitée. Alcoolisme (3 li-

tres de vin par jour). Apparaît d'emblée comme un dément paralytique (euphorie béate, idées absurdes et puérides, perte de l'auto-critique, mémoire très déficiente).

A l'examen : pupilles inégales, signe d'Argyil Robertson. Réflexes tendineux vifs. Tremblement des muscles de la face. **Dysarthrie.**

P. L. : 10 lympho., 0 gr. 40 d'alb. B. W. très positif.

Impaludation le 4 décembre : 10 accès. Ictère. Quinine.

Confusion mentale. Essais de fugue : envoyé à Bron.

Sort de l'asile en avril 1929, très amélioré et reprend son travail.

P. L. : 3 lympho., 0 gr. 60 d'alb. B. W. légèrement positif.

A la suite d'un incident dont il n'aurait pas été responsable, suivant ses dires, on le change d'emploi. Depuis il continue à travailler comme manœuvre ; il gagne 1.000 francs par mois environ et fait vivre sa famille. Sa femme a eu, en 1929, un enfant qui est mort à l'âge de 3 mois de diarrhée. Cette année, un accouchement prématuré d'enfant macéré.

Le malade a continué assez régulièrement à se faire traiter (stovarsol et bismuth). Revu le 28 mai 1932, il semble conserver quelques séquelles psychiques dont il fait bien la critique : Irritabilité (discussions plus fréquentes avec sa femme) et cependant il ne boit plus d'alcool, semble-t-il. Il apparaît encore bizarre, un peu euphorique ; mais aucune idée délirante, aucun signe de déficit mental ne peut être mis en évidence. La parole semble normale, mais elle est difficile à analyser car le malade, espagnol, ne parle pas très bien le français.

A l'examen : Les deux pupilles sont irrégulières, inégales, et ne réagissent pas à la lumière. Tous les réflexes tendineux sont obtenus. Au point de vue viscéral on ne trouve rien d'anormal sauf un peu de leucoplasie buccale et des hémorroïdes.

B. W. très positif dans le sang.

P. L. : moins de 2 lympho., moins de 0 gr. 30 d'alb. B. W. positif.

OBSERVATION XI

S. A. P., 42 ans.

En décembre 1927 la malade est amenée par son mari à la consultation du Professeur Lépine pour des troubles psychiques : Elle n'aurait jamais été intelligente, au dire de son mari ; mais depuis quelques mois est devenue incapable de faire ses commissions, elle ne sait plus compter sa monnaie, il lui est arrivé de se perdre dans son quartier. Dans ses antécédents : une fausse couche et un fils arriéré atteint vers 10 ans de kératite interstitielle.

A l'examen : obnubilation psychique. Dysarthrie spontanée. Trémulation de la langue et du visage. Pupilles normales.

P. L. : 3 lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. positif.

Pyrétothérapie réglée au Dmélcos : 10 accès (39°5 à 40°), puis tryparsamide (19 gr. au total).

Amélioration manifeste : la malade peut reprendre ses occupations, son comportement est normal ; son mari apprécie l'heureuse transformation psychique.

En juin 1929 cette rémission est brusquement interrompue par un ictus, à peine précédé de quelques vagues prodromes. La malade est ramenée à l'Hôtel-Dieu dans un état subcomateux. Raideur généralisée ; déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite ; réflexes vifs, mais à peu près symétriques.

P. L. : 12 lympho., 0 gr. 45 d'alb. Sucre normal. B. W. très positif.

La malade est difficile à interroger : elle répond tentement et mal et retombe vite dans son état de somnolence ; puis peu à peu tous ses troubles régressent. Le 4 juillet la malade est complètement sortie de son coma, elle est bien orientée dans l'espace ; elle répond mieux aux questions. On note alors : « état démentiel net, dysarthrie, tremblement, aucune séquelle neurologique de l'ictus ».

La malade a été impaludée le 29 juin ; le 5 juillet apparaît

la phase de paludisme primaire, puis 5 accès tierces à 40°5, suivis de 3 accès quotidiens à 41°2 (quinine 0,10) et 40°. En tout, 8 accès, 1 gramme de quinine pendant 15 jours. Stovarsol 20 grammes. La malade quitte l'hôpital très améliorée.

En septembre 1929, nouvelle série de stovarsol. En janvier 1930 tryparsamide (une série de 19 gr. 50). Depuis la malade a repris sa vie antérieure dans sa famille où elle s'occupe de son ménage. L'an dernier elle a reçu une nouvelle série de stovarsol.

Revue le 9 juin 1932, elle se souvient bien de sa maladie et se rend compte qu'elle perdait la tête. Elle raconte bien les circonstances dans lesquelles est survenu son ictus. Actuellement elle se sent, dit-elle, redevenue tout à fait comme avant : Elle s'entend bien avec son mari ; son attention et sa mémoire paraissent sensiblement normales. Elle ne se trompe pas dans ses comptes et effectue correctement les opérations qu'on lui demande. Néanmoins son jugement paraît puéril — mais l'est-il plus qu'autrefois ? — On note encore des troubles parallèles de la parole et de l'écriture aux mots d'épreuve, du tremblement de la langue. Les réflexes sont vifs mais symétriques. Les pupilles sont normales.

Dans le sang B. W. négatif.

OBSERVATION XII

B. A., 52 ans, aide-camionneur.

D'après les renseignements fournis par sa femme, le malade, alcoolique avéré, serait de plus en plus irritable depuis un an et il deviendrait brutal. Le début apparent de sa P. G. remonte à 4 mois : Employé dans un grand magasin et chargé de l'ascenseur, il se trompait d'étage, devenait impoli avec les clients. Il a été renvoyé dernièrement pour ces fautes pro-

fessionnelles grossières et répétées. D'autre part, il se perd dans la rue, il ne reconnaît plus sa maison.

Excitation génésique extrême ; excès éthyliques considérables. Insomnie, période d'agitation suivie de dépression. Pas de syphilis connue ; sa femme n'a eu ni enfant ni fausse couche.

Le 30 mai 1929, à l'entrée à l'hôpital on constate de gros troubles de l'attention et de la mémoire de fixation, et la perte complète de l'auto-critique. Il ne se trouve pas malade et ne s'étonne cependant pas d'être hospitalisé. Actuellement ni agitation ni délire, mais déficit psychique considérable. Troubles très nets de la parole et de l'écriture, erreurs dans les calculs les plus simples.

A l'examen : tremblement de la langue et des doigts ; réflexes tendineux très vifs, mais symétriques ; réflexes pupillaires paresseux à la lumière, normaux à l'accommodation. Analgésie marquée à la douleur.

P. L. : 24 lympho., 0 gr. 90 d'alb. B. W. très positif.

Impaludé le 10 juin 1929 (voie endoveineuse). Accès rapidement au-dessus de 41°, puis après 0 gr. 10 de quinine accès plus modérés de type tierce (de 39°6 à 40°6), 10 accès en tout. Confusion mentale pendant la période fébrile avec agitation et délire onirique. Ces phénomènes persistant après la fin des accès, on décide l'internement.

A Bron, son état mental s'améliore progressivement. Deux séries de stovarsol.

Octobre 1929. P. L. : 6 lympho., 2 grammes d'alb. B. W. très positif.

En mai 1930, le malade, qui a reçu une 3^e série de stovarsol, sort de l'asile et reprend son travail ; mais il doit changer de métier, car on ne veut pas le reprendre dans la maison où il était employé. Depuis il gagne sa vie comme aide-camionneur. Malgré les conseils reçus, il boit encore 1 litre de vin par jour au moins, et cependant il le supporte bien ; il n'est plus irritable. Sa femme le trouve même mieux qu'avant sa maladie : Peut-être est-ce l'indice d'une certaine apathie, sé-

quelle de sa P. G. ou bien de la réduction des excès éthyliques ? Pas d'affection intercurrente. Pas de nouveau traitement.

Revu le 21 juin 1932, le malade fait une assez bonne impression : son comportement, son attention, sa mémoire apparaissent sensiblement normaux. L'auto-critique de l'état présent et ancien est récupérée. Sans doute l'intelligence n'est-elle pas brillante, mais il est probable qu'il en a toujours été ainsi.

A l'examen : bon état général, pas de dysarthrie, réflexes tendineux normaux, pas de modification des signes pupillaires. Léger subictère conjonctival et tremblement fin des doigts, en rapport avec l'alcoolisme.

Rechutes

OBSERVATION XIII

(Obs. 13, th. CHRISTY)

T. J., 32 ans, manœuvre.

Entré à l'Hôtel-Dieu en janvier 1928. Syphilis en 1915 traitée par de simples frictions mercurielles. Il y a 5 mois brusquement son affection a débuté par des troubles intenses de la parole, des troubles de la mémoire et des fautes du comportement. Autrefois, violent et irascible, il est brusquement devenu euphorique et insouciant ; de plus excitation génésique intense.

A l'examen secousses dans les muscles de la face ; pupilles déformées et inégales mais réflexes conservés.

P. L. : 30 lympho., 0 gr. 90 d'alb. B. W. très positif.

Impaludé le 6 février 1928 : 11 accès quotidiens (entre 40 et 41°. Quinine. Tryparsamide.

En avril, P. L. : 4 lympho., 0 gr. 45 d'alb. B. W. très positif.

La dysarthrie persiste quoique atténuée. Les secousses du visage ont disparu. Apparaît sensiblement normal au point de vue psychique. Le malade quitte son service et reprend son métier de manœuvre, mais avec un rendement moindre. Il continue son traitement par le stovarsol.

18 mois après, en juillet 1929, sa femme le ramène dans le service parce qu'elle craint une rechute : trouble du caractère, dysarthrie plus marquée, amaigrissement. Signes nets d'affaiblissement mental à l'examen psychiatrique.

P. L. : moins d'un lympho., mois de 0 gr. 30 d'alb. B. W. négatif.

Réimpaludation 3 accès tierces (40°4, 40°8, 41°5) arrêt spontané. Quinine. Le malade repart chez lui paraissant amélioré.

On apprend qu'il s'est noyé l'année suivante (suicide ou accident ?).

OBSERVATION XIV

(Obs. 6, th. CHRISTY)

F. H., 49 ans, employé de tramway.

Entré le 7 novembre 1928 à la clinique neurologique à la suite de fautes grossières dans son travail. Syphilis à 21 ans non traitée, alcoolisme modéré. Irrégularité de service depuis 1927. En janvier 1928, il a été rétrogradé : de contrôleur il est passé receveur ; et depuis quelques mois il ne reconnaît plus les arrêts, il se trompe en rendant la monnaie, il est inexact dans la durée de son service. D'autre part, il rapporte chez lui des objets hétéroclites, sans explication. Il a changé de caractère : autrefois gai, il est devenu triste et casanier, il ne peut plus supporter une de ses filles.

L'examen psychiatrique confirme cet état démentiel sans idée délirante. De plus, on remarque une légère dysarthrie, Pupilles et réflexes normaux ; rien par ailleurs,

P. L. : 29 lympho., 0 gr. 80 d'alb. B. W. très positif.

Impaludation le 14 novembre 1928 : après 5 accès tierces interruption spontanée de quelques jours, puis réapparition de 3 nouveaux accès. Quinine, tryparsamide. Pendant la période fébrile : délire de jalousie à l'égard de sa femme qu'il croit entendre le soir dans la chambre de son voisin.

Disparition rapide du délire ; rentre le 15 septembre 1928 dans sa famille où il s'occupe du ménage. Stovarsol 20 gr. 50, puis il reprend un emploi sédentaire à l'O. T. L. mais ses camarades remarquent qu'il présente de gros troubles du caractère. En août 1929 il cesse son travail de lui-même et va se reposer à la campagne. Allant un peu mieux il rentre alors à Lyon et reprend ses occupations. En août 1930, nouvelle rechute plus grave : il s'égare dans la rue, apporte chez lui de vieux parapluies, offre des consommations sans les payer ; sa femme le ramène alors à l'Hôtel-Dieu, où l'on reprend le stovarsol ; mais en octobre 1930 devant la persistance des troubles psychiques on le fait interner.

A son arrivée à l'asile, on note : Très affaibli intellectuellement, troubles de la mémoire des faits anciens et récents ; troubles de l'attention, perte de l'auto-critique. Redoublement et inversion syllabique à la parole et à l'écriture pour les mots d'épreuve. Assez bon état général, pupilles et réflexes normaux.

P. L. : moins d'un lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. très positif.

On pratique 3 nouvelles séries de stovarsol, l'une en 1930 et 2 autres en 1931 et une série de bismuth. En février 1931 pneumonie gauche.

Actuellement, toujours à l'asile, travaille dans la division. Il fait une bonne impression, sa parole est normale, ses réponses ne révèlent aucun trouble important des facultés intellectuelles ; mais l'auto-critique n'est pas récupérée : le malade ne se rend pas compte des troubles mentaux qu'il a présentés et qui ont motivé d'abord son impaludation, puis son internement. Il ne reconnaît pas en particulier ses fautes profes-

sionnelles. Par contre, il se souvient bien de certains détails de sa vie à cette époque ; ainsi que des faits anciens et récents. Son attention paraît normale. Pas d'idée délirante, pas de trouble affectif notable. Seul le jugement et surtout l'auto-critique restent déficients. Il exprime le désir de sortir de l'asile.

L'examen somatique est négatif ; la parole spontanée est normale, à peine quelques embarras aux mots d'épreuve ; l'écriture ne révèle aucun trouble.

P. L. : 1 lympho., 0 gr. d'alb. B. W. très positif.

OBSERVATION XV (Obs. 17, th. CHRISTY)

E. A., 29 ans, manœuvre.

En 1921, à 17 ans, chancre syphilitique traité dès le début par le novarsénobenzol et jusqu'à ces derniers temps le malade reçut des traitements réguliers. En octobre 1926, accident d'automobile (maladresse ? ou distraction par excès alcoolique ou par un début de P. G. ?).

En décembre 1927, asthénie, apathie ; le malade abandonne son travail. En février 1928, sa famille inquiète, l'amène à la consultation neurologique.

A l'examen : amnésie considérable des faits récents ; attention instable ; effectue une soustraction posée à l'envers, copie servilement une question posée par écrit. Perte de l'auto-critique : approuve en souriant alors qu'on lui dit qu'il est gravement malade. Dysarthrie très nette ; tremblement de la langue avec déclanchement de la mimique. Signe d'Argyll Robertson.

P. L. : 12 lympho., 1 gr. 20 d'alb. B. W. très positif.

Impaludé le 28 février 1928 : 13 accès bien supportés. Quinine. Tryparsamide.

Amélioration psychique après quelques mois, mais persistance de l'euphorie et de la puérilité. Sa famille le reprend

il essaie de se remettre au travail, mais après quelques mois il doit l'abandonner de nouveau.

En mai 1929, alors qu'il revient demander un certificat, on remarque une aggravation : le malade a fait de nouveaux excès éthyliques. Il apparaît très puéril, euphorique, impulsif. Affaiblissement global des facultés intellectuelles. Troubles de la parole et de l'écriture très marqués : l'internement est décidé (15 mai 1929).

A l'asile on pratique une ponction lombaire qui donne les résultats suivants :

3 lympho., 0 gr. 60 d'alb. B. W. négatif.

On reprend le traitement par le stovarsol sans résultat. Depuis l'entrée, aucune modification psychique. Actuellement il rend quelques services dans la division, mais reste toujours très diminué au point de vue psychique. L'orientation est normale, pas de trouble net de la mémoire, mais le jugement reste puéril, l'auto-critique n'est pas récupérée ; et surtout les troubles de la parole sont tellement intenses que le malade est à peu près inintelligible. Secousses fasciculaires de la langue et déclanchement de la mimique. Persistance des signes pupillaires.

P. L. : moins d'un lympho., moins de 0 gr. 30 d'alb. B. W. négatif.

Améliorations déficitaires

OBSERVATION XVI
(Obs. 19, th. CHRISTY)

F. V., 43 ans.

Hospitalisé en mars 1928 à l'Hôtel-Dieu pour asthénie. Diminution de la mémoire. Troubles de la parole. Syndrome

déméntiel certain. Grosses erreurs dans son travail qu'il a cessé depuis 5 mois. Tantôt indifférent et tantôt violent (très irritable depuis 1 an). Jugement puéril. Grosse dysarthrie. Pas de signes pupillaires. Syphilis en 1912 non traitée.

P. L. : 30 lympho., 0 gr. 90 d'alb. B. W. très positif.

Impaludé le 13 mars 1928 : 13 accès. Quinine. Tryparsamide : 21 grammes. En mai pas de modification psychique.

P. L. : pas de lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. très positif.

Essaie de reprendre son travail, mais reste violent avec sa femme qui se décide à le faire interner.

Réimpaludé le 25 septembre 1928, à Bron : 4 accès tierces, arrêt spontané. Quinine, stovarsol. En 1929 : amélioration intellectuelle nette ; attention et mémoire satisfaisantes ; capable de travaux divers, mais persistance de troubles affectifs (irritabilité, et violence avec les autres malades, docilité devant les médecins). Dysarthrie, tremblement de la langue.

Mars 1929, P. L. : 2 lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. très positif.

Août 1930, P. L. : 0,6 lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. très positif.

En 1929 et 1930 nouvelle série de stovarsol.

Depuis le début de 1931, le malade travaille chez l'aumônier de l'asile (jardinage et travaux d'intérieur). Depuis, il n'est plus irritable ; mais par moment, légers accès d'excitation. La mémoire, l'attention, le jugement paraissent normaux. Le malade ne réclame cependant pas sa sortie de l'asile, quoique la désirant. Il nous accueille avec le sourire, il répond parfaitement aux questions qu'on lui pose. Il paraît cependant un peu euphorique. La dysarthrie persiste aux mots d'épreuve, de même quelques secousses fasciculaires au niveau des muscles de la face. Pas de tremblement des doigts.

OBSERVATION XVII
(Obs. 24, th. CHRITSY)

V. J., 32 ans.

En novembre 1926 hospitalisé dans le service du Docteur Savy à l'Hôtel-Dieu pour des troubles dyspeptiques (douleurs précoces et vomissements post-prandiaux) ; d'autre part, signes humoraux de syphilis nerveuse.

P. L. : 35 lympho., 0 gr. 40 d'alb. B. W. très positif.

A la radioscopie : lésions de tuberculose pulmonaire non évolutive. Mauvais état général, nie la syphilis. De plus troubles psychiques de la série démentielle (actes stupides, agitation incohérente, idées délirantes niaises) qui motivent sa mutation pour la clinique neurologique, puis pour l'asile de Bron, en janvier 1927.

D'après les renseignements fournis par sa belle-sœur, le début de l'affection daterait de quelques mois (irritabilité, menaces, idées de jalousie et de persécution).

Impaludation en janvier 1928 : Ictère au 7^e accès, qui oblige à interrompre le traitement. Quinine, stovarsol.

En mars 1928, P. L. : moins d'un lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. très positif.

On note l'amélioration psychique, malgré la persistance de troubles du jugement et de la mémoire de fixation ; et au point de vue somatique, de la dysarthrie, des secousses fibrillaires, du tremblement.

En janvier 1929, réimpaludation : 5 accès, arrêt spontané. Quinine, stovarsol.

Transformation remarquable de l'état général ; amélioration manifeste au point de vue mental ; il s'occupe à l'asile, aide les infirmiers.

Mai 1929 : P. L. : moins de 0 gr. 30 d'alb. moins d'un lympho. B. W. négatif.

En juillet 1932 le sujet est toujours à l'asile et travaille dans la division. Son comportement est normal, son auto-critique

est en grande partie récupérée ; il n'existe pas de déficit important de la mémoire ni de l'attention. Dit aller beaucoup mieux au point de vue psychique et demande sa sortie de l'asile. Cependant le jugement paraît encore un peu puéril. D'autre part les signes physiques ne sont pas modifiés.

P. L. : 4 lympho., moins de 0 gr. 30 d'alb. B. W. négatif.

Fixations

OBSERVATION XVIII

(Obs. 18, th. CHRISTY)

E. M., 46 ans, cultivateur.

En juin 1928 est conduit par sa famille à la clinique neurologique pour des troubles psychiques qui datent déjà de 2 ans et se sont accentués progressivement. Sa mémoire, son intelligence, ont considérablement diminué. Il est devenu irritable, il dort mal, parle beaucoup et sans suite, pose des questions stupides, ne retient rien de ce qu'il vient de lire. Il est devenu incapable du travail le plus simple et a complètement perdu son auto-critique.

Dans ses antécédents on relève un chancre syphilitique pendant la guerre, 1^{er} traitement spécifique il y a 5 ans. D'autre part, alcoolisme important (3, 4 litres de vin par jour).

A l'examen somatique facies inexpressif, signe d'Argyll Robertson, réflexes tendineux vifs, dysarthrie légère et inconstante.

P. L. : 10 lympho., 0 gr. 90 d'alb. B. W. très positif.

Impaludation le 20 juin 1928 : 10 accès tierces. Quinine, stovarsol. Délire onirique nocturne.

Le 31 juillet 1928 sa famille le reprend mais l'état mental n'est pas modifié. Depuis lors, il n'a reçu aucun traitement. Il est resté chez lui à la campagne ; mais n'a pas repris son travail ; on lui a laissé seulement un jardin pour s'occuper un

peu. Il va bien physiquement, il n'a plus fait d'excès éthyliques. Le délire onirique a rapidement disparu : Le sommeil est redevenu normal ; encore quelques accès d'irritation sans motif ; mais l'état mental est resté sensiblement inchangé.

Revu le 7 juin 1932 : le malade n'a pas retrouvé son auto-critique, son jugement reste puéril, son attention et la mémoire des faits récents restent diminuées : le malade remarque des détails ; ses réflexions sont puériles ; il se souvient bien de son séjour dans le service, de ses accès de fièvre, du lit qu'il occupait ; mais il n'a aucune conscience de l'affection mentale pour laquelle il a été traité. A deux reprises au cours de l'interrogatoire, au lieu de répondre à la question qu'on lui pose, il fait remarquer qu'il a été décoré pendant la guerre. Puis il suit mieux la conversation et ne répond plus à côté de la question.

Achoppement aux mots d'épreuve ; troubles nets de l'écriture ; erreurs de calcul pour des additions simples (il les remarque spontanément et ne sait pas les corriger). Au point de vue physique on note seulement la persistance des signes pupillaires.

Dans le sang B. W. négatif.

En somme, amélioration minime : le malade fait peut-être meilleure impression à cause de la disparition des troubles psychiques contingents ; mais il semble fixé au stade d'affaiblissement mental où il se trouvait il y a 4 ans.

OBSERVATION XIX

G. I., 37 ans, tourneur-outilleur.

Entre à la clinique neurologique en janvier 1929 avec des signes manifestes de P. G. et de tabès.

Syphilitique en 1912 à 20 ans, insuffisamment traité. Paludisme pendant la guerre.

En 1928, troubles sphinctériens, douleurs fulgurantes, trou-

bles de la marche. En même temps, d'après sa femme, modification considérable du caractère : il devient irritable, revendicatif, avare, jaloux. Très forte excitation sexuelle. Son médecin le traite par 3 séries de novarsénobenzol (à doses progressives jusqu'à 0 gr. 90). Amélioration des troubles de la marche, mais apparition de signes d'affaiblissement intellectuel qui vont en progressant. Un mois avant l'entrée, actes délictueux (vol d'un colis à la gare), amaigrissement (5 kilogs depuis un an).

A l'examen : euphorique, puéril, il présente un déficit intellectuel notable et surtout une dysarthrie très nette, du tremblement des doigts et de la langue. Les pupilles sont en myosis, déformées, et ne réagissent pas à la lumière, les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis. Ebauche de Romberg. Les yeux fermés, démarche titubante.

P. L. : 8 lympho., 0 gr. 90 d'alb. B. W. très positif.

Impaludation : 9 accès quotidiens bien supportés. 2 jours après la fin des accès hallucination auditive : Il entend sa femme à travers la cloison et il lui répond. Puéril, capricieux mais tranquille. Stovarsol.

Le 25 mars 1929, l'état général est très amélioré mais les troubles psychiques persistent : sa femme l'invective le soir et veut l'empoisonner. Il essaie de dissimuler son délire. Intermittent.

A l'entrée à l'asile, on confirme l'existence de ce délire systématisé de persécution, à base d'hallucinations visuelles et auditives.

P. L. : 9 lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. positif.

Benjoin colloïdal : 1222, 1222, 1122, OOOT.

On recommence le stovarsol. En décembre 1929 on note : pas de modification notable de l'état mental, toujours euphorique insouciant de son état. 3^e série de stovarsol.

20 novembre 1930 : P. L. : 3 lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. légèrement positif.

Le 2 juillet 1932 : Le malade apparaît toujours comme un P. G. : Il est incapable du moindre travail, il se plaint de cé-

phalées et d'asthénie. Quelques idées hypochondriaques absurdes : sa graisse l'étouffe ; troubles nets de la mémoire, du jugement et de l'auto-critique. Pas d'idées de persécution. Ne reconnaît pas avoir eu peur d'être empoisonné par sa femme.

Persistance des signes physiques du tabès, des signes pupillaires, du tremblement de la langue et des troubles de la parole.

P. L. : moins d'un lymphe., moins de 0 gr. 30 d'alb. B. W. négatif.

OBSERVATION XX

B. A., 47 ans, cultivateur.

Entre à l'Hôtel-Dieu le 17 janvier 1929 pour des troubles du caractère et de la dysarthrie. A noter que ses parents sont morts de tuberculose. En 1916, chancre buccal traité par le Professeur Nicolas (12 injections intra-veineuses : Cy Hg ?).

Depuis le mois d'août 1928, à la suite d'un éboulement où il aurait été traumatisé, il présente des modifications psychiques : Il est devenu irritable, renfermé et méfiant. En même temps embarras de la parole, impuissance sexuelle.

A l'entrée : Il apparaît puéril et euphorique, quelques idées niaises de grandeur. Ses réponses sont lentes, sa parole hésitante, embrouillée ; l'écriture est troublée. Réflexes tendineux vifs ; pupilles inégales, en myosis, abolition du réflexe photomoteur.

P. L. : 24 lymphe., 0 gr. 60 d'alb. B. W. très positif.

Impaludé le 27 janvier 1929. 8 accès entre 40 et 41° d'abord quotidiens, puis tierces après 0 gr. 10 de quinine. Confusion mentale et délire onirique au cours des accès. Forte dose de quinine. Stovarsol.

Pas de modification psychique ; sa famille le reprend, mais son état mental continue à s'aggraver. Le 24 août 1929, il fait une fugue et finit par être arrêté en ville le lendemain soir : placement d'office.

A l'entrée à l'asile : il apparaît euphorique et délirant. Il est empereur de France, possède 600 milliards, des femmes, des châteaux et des vignobles. Perte complète de l'auto-critique, jugement puéril, dysmnésies, orientation à peu près normale. Persistance des signes neurologiques.

P. L. : 2 lympho., 0 gr. 30 d'alb. B. W. légèrement positif.

Bismuth, stovarsol. Pas d'amélioration psychique.

En décembre 1930 : réimpaludation : 5 accès. En avril 1931, stovarsol.

En juillet 1932 : aucune modification de l'état mental, reste incapable du moindre travail, se présente encore en dément paralytique avec perte absolue de l'auto-critique ; dysmnésie, fabulation, désorientation dans le temps, bradypsychie. Souvent lorsqu'on lui pose une question il approuve au lieu de répondre ; parfois réflexion niaise sans aucun rapport avec ce qu'on lui demande. Pas de modification des signes physiques ; bon état général.

P. L. : 2 lympho., moins de 0 gr. 30 d'alb. B. W. négatif.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

La qualité des résultats

Analyse des modifications psychiques observées : Rémissions complètes, incomplètes, améliorations déficitaires, fixations ; délires secondaires. — Comparaison avec les rémissions spontanées. — Le concept classique de la démence doit-il être révisé ? — Délai d'apparition des modifications psychiques.

Avant d'envisager dans le temps les résultats que nous avons observés, nous désirons dire quelques mots de la qualité des rémissions obtenues. Nous regrettons que nos malades soient pour la plupart des gens peu instruits, travailleurs manuels le plus souvent, et que le milieu auquel ils appartiennent ne soit pas un réactif sensible des tares intellectuelles et morales. Plus intéressants à étudier sont les malades cultivés, dont la reprise de l'activité professionnelle et le retour au milieu antérieur exigent une rémission plus complète.

A priori, il peut sembler que les guérisons pratiques dussent être plus rares pour ces malades-ci que pour ceux du peuple. Or notre impression est inverse : l'explication en est simple, si l'on observe que l'on fit plus précocement le diagnostic de P. G. chez les personnes instruites, et cela pour les mêmes raisons que nous venons d'indiquer : plus le milieu est élevé, moins les troubles psychiques ont de chances de passer inaperçus. C'est encore cette importance du traitement précoce, à laquelle on revient toujours, dont dépend surtout le pronostic thérapeutique.

Ainsi que nos observations le montrent, on peut observer toute une gamme de résultats, variables depuis la guérison parfois complète, croyons-nous, jusqu'à l'absence totale de régression des troubles. Cependant lorsque le malade survit, l'atteinte du fonds mental paraît, en règle générale, avoir perdu son caractère évolutif. En essayant de schématiser ces résultats, sans vouloir dissimuler combien est arbitraire cette classification, nous avons distingué : des rémissions complètes, caractérisées par un retour à l'état antérieur tel que ni les sujets, ni leur entourage ne puissent signaler la moindre différence dans leur caractère ou leur comportement ; — des rémissions incomplètes, soit qu'il persiste un léger déficit intellectuel ou des modifications affectives, soit que le sujet ait dû changer de métier ou ne soit plus capable du même rendement ; — des améliorations insuffisantes lorsque les séquelles psychiques sont trop accentuées pour permettre le retour du malade à la société ; — enfin des fixations, lorsque le malade se

présente encore en dément, même si les délires contingents ont cédé.

Les 20 malades que nous avons envisagés se répartissent ainsi :

6 rémissions complètes,

6 rémissions incomplètes persistantes,

4 améliorations insuffisantes (dont une après rémission incomplète passagère),

3 fixations (dont une après rémission incomplète passagère),

1 décès (après rémission incomplète passagère).

Certains auteurs ne croient pas à la possibilité de la restitution intégrale du psychisme antérieur. Mais lorsque depuis plusieurs années un sujet a repris son ancien métier et s'en acquitte aussi bien qu'autrefois, lorsque l'examen mental ne permet de déceler aucune anomalie, lorsque lui-même, ayant recouvré toute son auto-critique, se dit redevenu tel qu'il était avant sa maladie, et lorsque son entourage nous confirme ses dires, quel test pourrait-on réclamer encore avant de souscrire à cette guérison psychologique ? Au nom de quelles théories refuserait-on d'accepter ces faits ? Le cas serait-il exceptionnel, nous devrions nous incliner devant sa constatation. Or il ne l'est pas autant que certains l'ont prétendu : nous croyons avoir présenté 6 observations de rémissions vraiment complètes.

Nous n'envisageons ici que l'état psychique du sujet. Bien entendu les symptômes neurologiques ne sont pas tous modifiés : un réflexe aboli ne réapparaît jamais ; les signes pupillaires sont des témoins persis-

tants de l'atteinte syphilitique des centres nerveux (quoique certains auteurs signalent parfois le retour du réflexe photomoteur). Par contre la dysarthrie, ou plutôt les troubles de la parole, qui en réalité sont du type aphasique et témoignent de troubles de l'attention et de la mémoire verbale, comme l'a montré notre maître le Professeur Froment ⁽¹⁾, disparaissent ainsi que les troubles de l'écriture ⁽²⁾ qui relèvent du même mécanisme ; les secousses des muscles du visage et de la langue régressent aussi, de même que le tremblement des extrémités ; le masque paralytique a disparu : le visage est redevenu expressif, mobile, vivant. Enfin nous n'avons pas observé d'ictus chez ces malades ; l'une qui présentait des crises jacksoniennes les a vu disparaître (obs. 2).

L'état général de ces sujets est le plus souvent excellent ; néanmoins ce sont des syphilitiques ramenés à la période tertiaire et qui restent exposés à de multiples manifestations cutanées, viscérales et nerveuses, comme en témoignent de nombreuses publications. Des cas de gomme de la peau ou des muqueuses, si rares au cours de la P. G., ont été souvent observés chez de tels sujets ; exceptionnellement on a même signalé des accidents secondaires ⁽³⁾. Deux de nos ma-

(1) FROMENT, *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1924, p. 355. *Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurol. français et de lang. fr.*, Bruxelles, août 1921.

FROMENT et RAVAUT, *Presse Médicale*, 24 déc. 1924.

(2) ANGELIS, *Archivio generale di Neurol. Psych. e Psyth.*, V, IX. f. 2, p. 105.

(3) LEROY, MELAKOVITCH et BOYER, Eruption papulo-squameuse et alopecie en clairière secondaires survenues chez une P. G. impaludée (*Soc. Méd. Psych.*, 23 nov. 1931. *Annales Méd. Psych.*, 1931, t. II, p. 431).

lades ont présenté des accidents de cet ordre : gonflement du frontal (obs. 2), radiculite et aortite (obs. 6).

Quant aux modifications humorales on sait que leur évolution est souvent en discordance avec la clinique. La plupart des auteurs admettent cependant qu'elles finissent par disparaître presque toujours après quelques années ; d'après Blum la perméabilité méningée retomberait à la normale chez les malades en rémission ⁽⁴⁾. Wagner Jauregg tient pour suspects de récidives les sujets dont le liquide céphalo-rachidien reste anormal trois ans après la malaria. C'est le cas d'un de nos malades (obs. 3) dont l'impaludation remonte cependant à plus de cinq ans et dont la rémission reste parfaite.

Il est souvent difficile de reponctionner ces sujets rendus à leurs occupations, surtout lorsqu'ils ne présentent plus aucun trouble ; aussi nos observations sont-elles souvent incomplètes sur ce point. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir en parlant des récidives.

Mais dans la majorité des cas les rémissions obtenues sont incomplètes : des séquelles psychiques persistent ; suivant leur importance tel sujet doit être maintenu à l'asile, alors que tel autre a pu reprendre sa place dans la vie et paraître normal à ceux qui ne l'ont pas connu autrefois. C'est dire toutes les différences que l'on peut observer chez ces malades. Nous les avons divisés en deux séries : ceux qui ont récupéré leur

(4) BLUM, Verhalten der Blut Liquorschrankevor, während und nach der Malaria bzw. Fieberbehandlung der progressiven Paralyse, Lues cerebri und Tabes dorsalis. (*Zeitschrift für Neurol. und Psych.*, Bd 126, 1930, S. 202-9).

auto-critique et qui, sortis de l'hôpital ou de l'asile, ont pu recommencer à travailler (rémissions incomplètes) ; et ceux qui sont encore internés malgré l'absence actuelle de signes démentiels (améliorations insuffisantes). Cette classification est surtout d'ordre pratique, car l'examen révèle la persistance de troubles analogues dont l'intensité seule varie, non la nature. D'autre part, des conditions individuelles, des facteurs sociaux surtout interviennent pour régler la situation de ces sujets. Celui-ci pourrait sortir de l'asile et travailler au dehors, s'il avait de la famille pour le diriger et le surveiller ; tel autre serait plus à sa place dans une colonie agricole que dans l'atelier où il travaille. Néanmoins il faut schématiser ; et c'est ce critère, la reprise du travail, que nous utilisons pour distinguer les guérisons pratiques des résultats médiocres. Cependant au point de vue théorique nous pouvons réunir ces deux catégories dans une même description.

Chez ces sujets, le traitement a fait régresser les troubles d'apparence démentielle, il a fait cesser les manifestations délirantes. Mais les facultés intellectuelles restent parfois diminuées : la mémoire est moins bonne, l'attention ne peut plus être longtemps soutenue, la fatigue au travail est plus rapide, le jugement n'est plus aussi sûr, parfois l'auto-critique n'a été récupérée qu'en partie. Le caractère surtout est modifié, parfois assez peu pour que le changement ne soit remarqué que par l'entourage immédiat, d'autres fois tellement que de véritables perversions apparaissent, qui justifient l'internement. D'une manière générale les séquelles nous apparaissent plus fréquen-

tes et plus graves dans la sphère affective que dans le domaine de l'intelligence : tantôt plus euphorique et tantôt plus apathique, plus taciturne qu'autrefois, le P. G. en rémission incomplète est souvent devenu plus nerveux, plus émotif, plus irritable. Parfois il accuse des tendances dépressives, des manifestations anxieuses auxquelles il n'était pas sujet (obs. 9). D'autres fois il devient violent, et d'autant plus qu'il est moins sobre. Dans certains cas le caractère est vraiment remanié, mais le plus souvent on n'observe que l'exagération de la constitution mentale.

Au point de vue physique et humoral, les remarques que nous faisons plus haut pour les sujets en rémission complète s'appliquent également à ceux-ci. Mais les troubles de la parole et de l'écriture persistent en général quoique atténués ; le syndrome ataxo-parétique tend à disparaître, mais ici un de ses éléments persiste souvent, soit un léger tremblement des doigts, soit quelques secousses au niveau des muscles de la langue, parfois des manifestations comitiales ⁽⁵⁾ (obs. 9) ; les signes humoraux au contraire sont souvent négatifs.

Il en est de même au point de vue physique et biologique des malades que nous réunissons dans le dernier groupe, celui des fixations ; mais entre les précédents et ceux-ci les différences psychiques sont profondes : Alors que tous les autres n'apparaissent plus comme des déments, les sujets fixés sont encore de véritables

(5) GUGEROT, Reliquats de syphilis viscérale (*Paris Médical*, 2 mars 1929, p. 209).

P. G. Les troubles contingents, l'excitation ou la dépression ont pu disparaître, mais le fonds mental n'est pas récupéré : l'auto-critique reste déficiente, le jugement puéril, l'attention faible, la mémoire infidèle. Les troubles de la parole et de l'écriture et le syndrome ataxo-parétique ne sont guère modifiés. Au contraire l'état général reste souvent parfait ; ces malades semblent fixés ; les troubles mentaux n'évoluent plus ou évoluent très lentement.

Nous n'insisterons pas ici sur les délires secondaires, les formes psychosiques, les métamorphoses paranoïdes de la P. G. après malariathérapie ⁽⁶⁾, n'ayant observé parmi nos malades qu'un seul fait de cet ordre (obs. 19), sans doute en raison de leur nombre restreint. On sait les vives discussions qu'ont suscitées les communications de MM. Leroy et Médakovitch sur l'étiologie de ces délires, que ces auteurs rapportent au paludisme ⁽⁷⁾. Sous l'inspiration du Docteur Larrivé, qui s'est déjà élevé contre cette conception ⁽⁸⁾, un de nos camarades consacre sa thèse à ce sujet ⁽⁹⁾. Puisant dans le vaste champ d'observation de l'asile de Bron, il apporte de nouveaux arguments contre l'origine malarique de ces troubles. On peut les observer, en

(6) GERSTMANN, *Zeitschrift für die Gesante Neur. und Psych.* (XCIII, n° 2, septembre 1924).

VERMEYLEN, *Congrès des Alién. et Neur.fr. et de lang. fr.*, Genève, 1926.

VERMEYLEN et VERVAECK, *Encéphale*, 1929, n°s 8 et 9, p. 563 et p. 643.

(7) LEROY et MÉDAKOVITCH, *Soc. Méd. Psych.*, 25, IV, 29 et 27, VII et 26, IX, 31 et *loc. cit.* bibl.

(8) LARRIVÉ et MESTRALLET, *Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd.* Lyon, 9 décembre 1931.

(9) COLIS, *Thèse*, Lyon, 1932.

effet, soit à la période de début de la P. G., soit au cours des rémissions spontanées, comme après le traitement, et en ce cas, quel que soit l'agent infectieux ou non qui ait agi ; autrement dit chaque fois que la démence ne s'oppose pas à la systématisation du délire, et permet, sans doute, à la constitution antérieure de se manifester.

*
* *

En face des rémissions observées après le paludisme provoqué, quelques auteurs rappelèrent ces paroles de Dupré ⁽¹⁰⁾ : « Il est absolument indispensable de tenir compte de ces rémissions et de ces améliorations spontanées, appartenant à l'histoire naturelle de la maladie dans l'appréciation des résultats des traitements systématiques de la P. G. ». On connaît, en effet, depuis longtemps des cas de rémissions spontanées, le plus souvent incomplètes et temporaires, mais parfois complètes et même définitives, au cours du processus paralytique. Pour expliquer ces faits certains auteurs parlaient de pseudo-paralysie générale, d'autres avec Baillarger admettaient au début de la maladie de Bayle une phase de pseudo-démence susceptible de régression. En effet, ces améliorations spontanées, comme celles que nous observons à la suite de la malariathérapie, sont relativement fréquentes à la période prodromique et deviennent de plus en plus rares et de plus en plus incomplètes, à mesure que l'évolution progresse.

On savait que les précautions hygiéniques seules suf-

(10) DUPRÉ, Art. P. G. in *Traité de Pathologie Mentale*, de Gilbert Ballet.

fisent souvent à faire disparaître les délires contingents ; ce sont ces fausses rémissions dont parlent les classiques. Mais on connaissait aussi les rémissions vraies qui surviennent souvent à la suite d'infections pyrétogènes, de suppurations étendues, comme l'avaient remarqué les anciens auteurs, observation qui est à la base de la découverte de Wagner von Jauregg ⁽¹¹⁾.

Mais si, lors de l'apparition des premiers travaux, quelques doutes ont été émis sur la valeur thérapeutique de l'impaludation, depuis que cette méthode s'est répandue, même les plus sceptiques ont reconnu que la comparaison était impossible entre les résultats thérapeutiques et les rémissions spontanées, qu'on les envisage dans leurs qualités, leurs fréquences, leurs durées. De nombreux auteurs ont insisté sur ce point ⁽¹²⁾ ; nous n'y reviendrons pas. Qu'il nous soit permis de signaler cependant que l'hérédité vésanique que les classiques considèrent comme un facteur d'irrégularité dans l'évolution de la P. G. nous a paru rare au contraire dans les rémissions thérapeutiques. Un de nos malades dont la mère s'est suicidée (obs. 8) et une autre, probablement débile (obs. 11) peuvent être considérés comme des héréditaires. Ces deux cas n'ont donné lieu qu'à une rémission incomplète. Par-

(11) WAGNER VON JAUREGG, *Jahrb f. Psych. n. Neur.*, Bd 7, 1887.

(12) GERSTMANN, *Loc. cit.* bibliogr.

FRIBOURG BLANC, *Le traitement de la P. G. et du tabès par la malaria provoquée*, Paris, Masson, 1929.

LEROY et MEDAKOVITCH, *Annales Méd. Psych.*, 1929, t. I, p. 253 et *loc. cit.* bibliogr.

mi ceux qui furent psychologiquement guéris, nous n'avons pu mettre en évidence aucune prédisposition familiale.

*
* *

Devant ces malades qui passèrent pour déments et que nous retrouvons avec un fonds mental sensiblement reconstitué, une question se pose, inéluctable : qu'était cette démence ? La malariathérapie, en changeant l'évolution de la P. G., vient s'inscrire en faux contre les dogmes classiques de la psychiatrie : non seulement les symptômes dits démentiels ne nous paraissent plus fatalement évolutifs, mais on peut même observer leur régression. Les théories anciennes doivent donc être révisées. Si l'on veut conserver au terme de démence sa signification du siècle dernier, on ne doit plus appeler ainsi le trouble de base de la P. G., au moins à sa période de début.

On ne peut parler de confusion mentale chez des malades qui gardent presque tous un souvenir très net de leur phase troublée, de leurs idées délirantes, des bizarreries de leur comportement, dont maintenant ils font bien la critique. Parlerons-nous de pseudo-démence, terme qu'employaient déjà les classiques, en face de ces rémissions spontanées ? Mais n'est-ce pas là « mettre des étiquettes sur des inconnues » ?

D'ailleurs la difficulté ne tient-elle pas surtout à notre attachement aux termes et aux doctrines anciennes ? car les faits sont en somme fort simples : Nous avons vu que certains P. G. qui avant le traitement présentaient de gros troubles de l'attention, de la mémoire, du jugement, une perte complète de l'au-

to-critique, des idées délirantes absurdes, ont récupéré après l'impaludation, leur psychisme antérieur. Ces facultés n'étaient donc pas détruites, mais « masquées ». Il s'agissait d' « inertie psychique », de troubles fonctionnels et non de déficit organique. L'analogie avec la confusion est grande ; elle n'est pas complète, croyons-nous.

La confusion mentale est caractérisée essentiellement par une obnubilation massive de tous les processus cérébraux de perception, d'association et d'expression. Dans la maladie de Bayle cette inertie psychique semble être à la fois moins complète et plus intime. A un degré égal d'obnubilation, le confus paraît étonné, il fait effort pour retrouver ses idées endormies ; le P. G., au contraire, avec une insouciance niaise répond au hasard n'importe quoi ; il est rare qu'il avoue « ne plus savoir ». Enfin dans les rémissions post-malariques on n'observe jamais cette amnésie lacunaire si caractéristique de la confusion mentale.

Vermeylen et Vervaeck ⁽¹³⁾ proposent le terme de « phrénolepsie » pour désigner ces troubles paralytiques susceptibles de régression, qui prennent d'emblée le masque de la démence ; alors que le processus démentiel véritable n'est que secondaire ⁽¹⁴⁾ et se complète peu à peu sans que le tableau clinique ne se modifie. Rien ne permet donc de prévoir, sinon peut-être la longue durée de l'évolution, l'importance des lésions

(13) VERMEYLEN et VERVAECK, *loc. cit.*

(14) ROJAS, *Ann. Méd. Psych.*, 1929, p. 891.

anatomiques destructives et du déficit irrémédiable des facultés psychiques.

*
* *

Nous venons de voir, qu'avec un recul un peu plus long, on fait en somme les mêmes constatations qu'il y a quelques années. Néanmoins un délai minimum est nécessaire pour juger des résultats de la méthode dans chaque cas particulier. L'amélioration obtenue est rarement immédiate au cours de la période fébrile ou dès la fin des accès ; elle est surtout fréquente au cours des semaines qui suivent ; mais elle peut parfois être très lente à apparaître. Certains de nos malades ne sont entrés en rémission que plusieurs mois après l'impaludation (obs. 3 et 4 en particulier). Courbon et Tusques citent le cas d'une P. G. qui n'a régressé que 2 ans après une première cure malarique et un an après une réimpaludation, alors que depuis plusieurs mois elle n'avait reçu aucun traitement ⁽¹⁵⁾. Sans doute l'origine malarique de telles régressions peut être discutée ; mais il est fréquent, d'autre part, de voir des régressions ayant débuté plus ou moins tôt après les accès, ne progresser que lentement et n'arriver à se parfaire qu'après des mois et des années parfois, soit spontanément, soit sous l'influence de réimpaludations ou de chimiothérapies diverses. D'autres fois la rémission est interrompue par une nouvelle bouffée délirante au cours des premiers mois ; on réimpalude le malade, on renforce le traitement

(15) COURBON et TUSQUES, *Soc. Méd. Psych.*, 12, XII, 31.

spécifique : l'amélioration reprend et se complète peu à peu, ou bien toute thérapeutique s'avère inefficace.

Il semble que ce soit surtout dans les cas récents que l'on observe des rémissions précoces. Peut-être pour les malades anciens la rémission est-elle tardive parce qu'elle nécessite la mise en jeu de suppléances des cellules cérébrales dégénérées par d'autres encore intactes ; mais ceci n'est qu'une hypothèse.

CHAPITRE II

La durée des rémissions

Les rémissions obtenues sont-elles définitives ?
Constatations de Gerstmann et de divers auteurs. —
Comparaison des résultats obtenus à Lyon en 1929
et 1932. — Caractère clinique des rechutes. — Les
signes qui témoignent ou non de l'évolution. — La
consolidation des résultats. — Le pronostic et le trai-
tement des récidives.

Dès les premières publications concernant la malarothérapie, de nombreux auteurs ont émis des doutes sur la durée des modifications observées ; on parlait prudemment de rémissions et non de guérisons. Puis, peu à peu, voyant se maintenir la plupart des résultats favorables, on s'est pris à espérer que ces améliorations seraient définitives. On a envisagé avec plus de confiance l'avenir de ces sujets ; et peut-être trop tôt parfois. Certaines publications rapportent des statistiques après un an d'observation et même moins. Or, comme nous le verrons plus loin, ce délai est nettement insuffisant.

En nous reportant aux auteurs dont l'expérience est

la plus longue et la plus considérable, c'est-à-dire à l'école de Vienne surtout, nous voyons que la crainte des rechutes n'est pas vaine. Analysant les résultats obtenus à la clinique de Wagner Jauregg, Gerstmann rapporte les faits suivants ⁽¹⁾ :

Sur les 9 malades traités en 1917 (dont un mort par ictus en cours de traitement) : 2 restent fixés dans un état démentiel ; 2 en rémission partielle au début aboutirent l'un à une guérison complète et persistante, l'autre à une récédive et un suicide ; 4 en rémission complète ont donné : un décès d'affection intercurrente, après un an, et trois guérisons durables, l'une sans incident, deux après une rechute, 6 et 7 mois après l'impaludation, suivie d'une nouvelle amélioration. En somme : 4 malades apparaissent guéris depuis plus de dix ans. Pour les P. G. impaludés de 1919 à 1922, donc avec un recul variable de 6 à 9 ans, Gerstmann indique : sur 145 cas de rémissions complètes, 7 rechutes entre un an et 3 ans (c'est-à-dire dans 4,8 % des cas) ; sur 111 cas de rémissions incomplètes, 35 rechutes à des temps variables, dont une seule après 3 ans (c'est-à-dire dans près d'un tiers des cas).

En Allemagne, Weygandt et Kirschbaum ⁽²⁾ ont observé sur 21 bonnes rémissions 4 récédives (de 9 à 18 mois après la malaria). Sur 7 rémissions incomplètes, 6 se sont montrées durables ; le dernier malade a rechuté après 18 mois, réimpaludé il jouit d'une

(1) GERSTMANN, *Loc. cit.* bibliogr.

(2) WEYGANDT et KIRSCHBAUM, *Deutschen Vereines für Psych.*, Dresde, 1921.

nouvelle rémission de 9 mois, et ce n'est qu'après une 3^e cure malarique que l'amélioration se montre durable.

Westphal et Bach ⁽³⁾ signalent sur 31 guérisons pratiques 6 récidives (après moins de 3 ans). 2 malades ont été réimpaludés sans résultats.

En Angleterre, Pool ⁽⁴⁾ sur 30 malades en rémission qu'il a pu suivre signale 7 rechutes dont 2 furent améliorées définitivement par une réimpaludation.

Michel et Weeber ⁽⁵⁾ ont observé trois suicides et plusieurs tentatives chez des malades en rémission. Fribourg Blanc a publié un décès après 6 mois de rémission incomplète par un ictus, mais l'autopsie révéla une hémorragie cérébrale ⁽⁶⁾.

En résumé, les récidives s'observent dans une proportion globale de 17 % des cas de rémissions de toutes catégories, et dans un délai moyen de 12 à 18 mois. Les recherches de Gerstmann surtout nous montrent qu'elles sont d'autant plus rares que la rémission est plus complète et qu'elle s'est maintenue plus de temps. Enfin après 3 ans on peut considérer cette éventualité comme tout à fait improbable.

*
* *

Ainsi nous basant sur l'expérience de ces auteurs, nous avons pensé qu'après ce délai minimum de 3 ans

(3) WESTPHAL et BACH, *Dermatol Zeitschr.*, 1928, Bd LVII, s. 707.

(4) POOL, *Journ. of Neurol.*, 1929, X, p. 21.

(5) MICHEL et WEEBER, *Wien med. Woch.*, 1928, Bd XXVIII, s. 925.

(6) FRIBOURG BLANC, *loc. cit.*, p. 102 (obs. XI).

nous pouvions considérer les résultats acquis comme définitifs. Parmi les malades que nous avons observés et dont certains avaient été impaludés cinq ans auparavant, aucun n'est venu démentir cet espoir. Dans ces conditions nous nous sommes permis de parler de résultats éloignés.

Tous les sujets qui sont entrés en rémission complète et que nous avons pu suivre s'y sont maintenus. Les trois rechutes que nous avons observées concernaient des cas de rémission incomplète : 2 sur 9 malades qui avaient repris leur travail ; une sur trois malades dont les séquelles étaient plus importantes. Cette proportion globale (1/6 des cas) est voisine de celle indiquée par Gerstmann.

Il est intéressant de comparer les résultats publiés en 1929 par le Docteur Christy avec ceux de notre enquête, trois ans plus tard, sur les mêmes malades :

15 observations provenaient de la clinique neurologique et se répartissaient ainsi :

9 guérisons pratiques,

4 améliorations,

1 état stationnaire,

1 décès (obs. 49) (malade non amélioré qui succomba de tuberculose pulmonaire, 3 mois après l'impaludation).

Un des cas de guérison pratique a été perdu de vue (obs. II, Christy). Nous avons retrouvé tous les autres. Pour six d'entre eux la rémission s'est maintenue ; complète pour deux, incomplète pour quatre. Les deux derniers ont rechuté, l'un s'est sans doute suicidé malgré une réimpaludation (obs. 13), l'autre a dû être

interné 2 ans après le traitement et il est encore maintenu à l'asile (obs. 14).

Sur les cinq malades que le Docteur Christy classait parmi les résultats médiocres : trois n'ont pas présenté de nouvelles modifications psychiques ; un s'est aggravé et a dû être interné (obs. 15), le dernier s'est amélioré après quelques mois d'état stationnaire et peut être considéré maintenant comme en rémission complète (obs. 4).

Ces 13 malades peuvent donc aujourd'hui être classés de la sorte :

3 rémissions complètes,	{	7 guérisons pratiques.
4 rémissions incomplètes,		
3 améliorations,	{	6 mauvais résultats.
2 fixations,		
1 décès,		

En résumé, la proportion de succès a un peu diminué (7 cas sur 13 en 1932, au lieu de 8 en 1929) ; mais certaines rémissions se sont complétées (obs. 1 et 4). La proportion de rémissions complètes pourra paraître faible (3 cas sur 13 = 23 %). C'est pourtant celle que donne le Professeur Claude sur les 277 cas qu'il a pu suivre de 2 à 5 ans (7). Peut-être perdons-nous de vue plus facilement les malades guéris que les autres ?

*
* *

(7) CLAUDE, COSSA et GARAND, *Résultats éloignés de la malarithérapie de la P. G.* Académie de Méd., Séance du 8 juillet 1930.

Dans une de nos observations une rechute pouvait être discutée (obs. 9) : Il s'agit d'une femme sans constitution psychopathique, qui présentait une P. G. à forme dépressive ; impaludée, elle semblait guérie, lorsque 8 mois après la fin des accès, elle revint consulter pour des préoccupations hypochondriaques avec idées de suicide, mais sans aucun signe de la série paralytique (pas de déficit mental, pas de troubles de la parole ou de l'écriture, ni lymphocytose, ni hyperalbuminose rachidienne). Après une réimpaludation, elle a présenté de nouveaux épisodes dépressifs du type anxieux ; actuellement si l'on ignorait son passé, on la considérerait comme une déprimée constitutionnelle. Nous ne pensons pas qu'il se soit agi d'une rechute, mais des premières manifestations des séquelles.

Bien différents sont les 3 cas que nous avons retenus comme de véritables récidives (obs. 13, 14 et 15). Il s'agit de sujets en rémission incomplète : les manifestations contingentes (idées délirantes, phénomènes d'excitation ou de dépression) se sont évanouies ; une partie du fonds mental a été récupérée ; mais il persiste des troubles psychiques plus ou moins avérés : le caractère reste modifié, le rendement professionnel nul ou diminué. Mais sans doute le processus dégénératif n'a pas été arrêté et la démence continue à évoluer à bas bruit jusqu'à ce que l'affaiblissement psychique devienne évident, ou qu'une bouffée délirante attire l'attention.

En réalité, il serait souvent plus juste de parler ici de fausses rémissions, en tous points comparables aux

fausses rémissions spontanées des classiques. Cependant l'aggravation n'est pas progressive ; elle est même susceptible de régression (obs. 14), soit spontanément, soit sous l'influence d'une réimpaludation ou d'arsenicaux pentavalents.

On comprend aisément que les rechutes n'aient pas toujours le même caractère clinique que les manifestations initiales : Tel malade qui est entré dans la P. G. par des phénomènes dépressifs, pourra commencer une récurrence par une bouffée d'excitation avec idées de grandeur ; de même, en l'absence de tout traitement au cours de la maladie de Bayle, les délires sont essentiellement variables. Cependant dans nos observations la forme clinique n'a pas changé.

Plus intéressante à préciser est la durée des fausses rémissions : elle nous paraît être en moyenne de 12 à 18 mois ; elle est donc comparable à celle des rémissions spontanées ; et, comme l'avaient remarqué pour celles-ci les classiques, leur durée est d'autant plus courte que la P. G. est plus ancienne, et par conséquent la rémission plus incomplète.

Ces récurrences posent d'intéressants problèmes : Nous devons nous demander surtout s'il est possible de les prévoir, comment les éviter et comment les traiter.

*
* *

Devant les P. G. traités depuis peu et incomplètement améliorés, comment distinguer ceux dont la rémission sera durable, ou même dont les séquelles s'atténueront peu à peu, de ceux dont la démence continue à évoluer sourdement et déterminera une réci-

dive quelques mois plus tard ? Cette question nous semble très difficile, voire même impossible à résoudre, à l'heure actuelle du moins. Les troubles du caractère, le déficit intellectuel, les symptômes neurologiques nous paraissent les mêmes dans les deux cas. Les signes humoraux sont encore plus infidèles : tel sujet, dont le liquide céphalo-rachidien révèle les modifications cytologiques et chimiques et les réactions positives de la P. G., bénéficie d'une guérison complète et persistante (obs. 3) ; tel autre, dont la ponction lombaire est complètement négative, se présente de nouveau en dément après une fausse rémission. Dans les 3 cas de récurrence qu'il nous a été donné d'observer l'examen du liquide céphalo-rachidien donnait les résultats suivants :

Obs. 13 : moins d'un lymphocyte, moins de 0,30 albumine. B. W. négatif.

Obs. 14 : moins d'un lymphocyte, moins de 0,30 albumine. B. W. très positif.

Obs. 15 : 3 lymphocytes, 0,60 albumine. B. W. négatif.

Ce paradoxe nous paraît aisément explicable si l'on admet que dans ces cas le processus inflammatoire était complètement éteint, tandis que la dégénérescence parenchymateuse continuait à évoluer seule, conditionnant les troubles psychiques d'ordre démentiel.

En somme nous ne pouvons attribuer à aucun signe une valeur pronostique : s'agit-il de séquelles d'une affection éteinte ou de symptômes d'un processus lentement évolutif ? le malade retombera-t-il ou non dans

la démence? Rien ne permet de conclure ; seuls sans doute des examens cliniques minutieux et répétés pourraient dénoncer la lente progression des troubles psychiques et faire prévoir une rechute imminente.

*
* *

La chimiothérapie consécutive à l'impaludation est-elle capable de restreindre le nombre des récidives ? Nos malades avaient tous reçu des arsenicaux penta-valents, mais peut-être ce traitement a-t-il été abandonné trop tôt ? D'autres cependant, qui n'ont pas reçu de médications spécifiques consécutives ou qui n'en ont reçu que quelques injections, bénéficient de rémissions durables.

Certains auteurs, qui ont étudié comparativement les résultats de l'impaludation seule et de la méthode combinée (malaria suivie d'antisyphilitiques divers), ont abouti à des conclusions divergentes : Weygandt ⁽⁸⁾, Kirschbaum et Kaltenbach ⁽⁹⁾, Nyssen ⁽¹⁰⁾ pensent que les rémissions sont plus fréquentes après impaludation seule ; de même Schultze, Jossmann et Steenaert ⁽¹¹⁾ ne reconnaissent aucun avantage au traitement spécifique consécutif, ainsi que Tennent et Pool ⁽¹²⁾ qui ont employé la malaria associée ou non à la tryparsamide.

(8) WEYGANDT, 19^e Réun. Ann. de la Soc. Allem. des med. neurolog. Würsbourg, septembre 1929.

(9) KIRSCHBAUM et KALTENBACH, *Zeitsche. f. d. Neur. u. Psych.*, 1923, Bd LXXXIV, s. 297.

(10) NYSSSEN, *Congrès des Méd. Al. et Neur. fr. et de lang. fr.*, Anvers, 1928.

(11) JOSSMANN et STEENAERT, *Monatr. ch. f. Psych. u. Neur.*, 1924, Bd LVI, s. 241.

(12) POOL, *Journ. of Neur.*, 1929, X, p. 21.

Gerstmann et Dattner ⁽¹³⁾ au contraire après essais comparés préfèrent l'association malaria-néosalvarsan qui leur a donné 41,7 % de rémissions complètes contre 35,6 % par l'impaludation seule.

Les auteurs français ont généralement suivi les directives de l'Ecole de Vienne, mais alors que Claude et Targowla, Leroy et Médakovitch emploient un traitement spécifique mixte (novarsénobenzol, bismuth, mercure, iodure), A. Marie à Paris et le Professeur Lépine à Lyon, utilisent les arsenicaux pentavalents (stovarsol surtout).

Quelle que soit la valeur de ce traitement de consolidation, il s'avère parfois insuffisant. Comme nous l'avons vu les récidives étant surtout à craindre dans les cas de rémissions partielles, tant pour essayer de compléter la guérison que pour éviter la possibilité des rechutes, une réimpaludation peut être envisagée. A l'asile de Bron il en a été pratiqué beaucoup sur des malades peu ou pas améliorés par la première cure, et sans résultats appréciables en général. Par contre, un de nos malades a vu se parfaire sa rémission après une réimpaludation (obs. 1).

Les indications de cette méthode sont cependant difficiles à préciser : Il nous semble logique de l'appliquer à tous les cas de rémissions incomplètes, excepté ceux où la P. G. était déjà ancienne lors du premier traitement, c'est-à-dire à tous les malades qui paraissent ne pas avoir bénéficié, autant qu'ils auraient pu, de l'inoculation malarique.



(13) GERSTMANN, *loc. cit.* bibl.

Enfin, en face d'une récédive confirmée, quelle est la conduite à tenir ? Renforcera-t-on le traitement spécifique ordinaire ? De longues années d'étude ont montré l'inefficacité et parfois les dangers des traitements habituels de la syphilis appliqués à la P. G. La phrase célèbre de Dupré ⁽¹⁴⁾ reste vraie : « Je n'en ai jamais vu le bénéfice, j'en ai quelquefois constaté l'inocuité, j'en ai souvent observé les inconvénients et les dangers. »

Certes, l'impaludation modifie les réactions de l'organisme et permet en général de traiter ces sujets comme de simples syphilitiques ; mais lorsque l'affection a repris sa marche évolutive, on est en droit de craindre que ces médicaments ne l'aggravent encore.

Les arsenicaux pentavalents au contraire paraissent doués d'un certain pouvoir même sur le processus parenchymateux. Ils ont été appliqués seuls à deux de nos malades (obs. 14 et 15) et semblent avoir arrêté à nouveau la progression des troubles.

La réimpaludation a, d'autre part, donné des résultats complets à divers auteurs. Le seul de nos malades qui ait été traité ainsi n'en a pas bénéficié (obs. 13). On comprend que la deuxième cure malarique arrive souvent trop tard et qu'elle soit généralement incapable de réaliser ce que n'a pu la première.

Cependant Weygandt cite le cas d'un homme qui n'est entré en rémission durable qu'après la troisième. Quelle que soit la rareté de cet heureux cas, il est légi-

(14) DUPRÉ, Art. P. G., in *Traité Path. Ment.*, Gilbert Ballet,

time de donner au malade le maximum de chances d'amélioration. On aura donc recours successivement au paludisme et aux arsenicaux pentavalents ; lorsque la réimpaludation est impossible, on pourra user de la fièvre récurrente.

En somme on pratiquera un traitement semblable à celui de la première atteinte, mais avec des espoirs de succès beaucoup plus modestes. Tous les auteurs s'accordent, en effet, pour dire la gravité de ces récidives.

CHAPITRE III

Les conditions du succès

Discussion sur les variations des résultats obtenus suivant la précocité du traitement, le sexe du malade, la forme clinique de la P. G. ; — suivant l'âge du sujet, le temps de latence de la syphilis, les traitements spécifiques anciens, l'éthylisme antérieur ; — et suivant la technique.

Parmi les divers facteurs qui conditionnent les variations des résultats obtenus, il en est un qui prime tous les autres : c'est la précocité de l'impaludation. Depuis de nombreuses années on s'accorde de toutes parts à en reconnaître l'importance capitale. Ici, comme pour la plupart des affections de toute nature, plus on intervient tôt et plus on a de chances de triompher du processus morbide ; au contraire plus l'affection a évolué, plus les rémissions deviennent rares et plus les séquelles en sont importantes.

Sans doute les lésions anatomiques précèdent de longtemps l'apparition des premiers symptômes ; sans doute n'est-il pas toujours possible de déterminer avec précision l'âge de la P. G. ; néanmoins en se basant

sur le temps écoulé entre le début apparent des troubles psychiques et la date de l'impaludation, on obtient une précision suffisante pour juger de ce facteur.

A la clinique de Wagner Jauregg, Gerstmann signale, pour les cas traités au début, 73 % de rémissions complètes et 10 % de rémissions incomplètes, alors que la statistique globale n'en comporte respectivement que 25 % et 20 %.

Cette notion suffit à expliquer la supériorité des statistiques des hôpitaux sur celles des asiles. Ainsi le Docteur Christy rapporte les résultats suivants :

13 guérisons pratiques.....	(24 %)
11 améliorations	(20 %)
21 états stationnaires	(39 %)
9 décès	(16 %)

De ces 54 malades si l'on isole ceux de la clinique neurologique et ceux de la clinique psychiatrique, on trouve pour les 15 premiers :

9 guérisons pratiques	(60 %)
4 améliorations	(27 %)
1 état stationnaire	(7 %)
1 décès	(7 %)

Et cependant parmi ceux-ci tous n'étaient pas au début de leur affection.

Parmi les 20 observations que nous présentons, si l'on sépare les cas évoluant depuis moins d'une année des cas plus anciens, les premiers comportent :

- 6 rémissions complètes,
- 3 rémissions incomplètes,
- 3 résultats médiocres,

donc 75 % de succès.

Les seconds, au contraire, ne fournissent aucune rémission complète et seulement 37 % de résultats favorables :

3 rémissions partielles,

5 résultats médiocres.

D'autre part la moyenne de l'ancienneté de la P. G. était de 6 mois pour les sujets en rémission complète et de 1 an pour les mauvais résultats.

C'est aux différences de précocité de traitement qu'ils entraînent que nous rattachons les variations des résultats suivant les formes cliniques de l'affection et le sexe du malade. Les anciens auteurs avaient déjà signalé la moindre fréquence des rémissions spontanées pour la paralysie générale féminine. Il en est de même pour les rémissions malariques : d'après la statistique de Schultze, publiée par Bratz ⁽¹⁾, 30 % contre 40 % pour les hommes ; 36 % contre 53 % d'après les observations de Lewin ⁽²⁾. On a cherché à expliquer ces différences par diverses hypothèses dont certaines sont bien compliquées... En réalité, nous pensons avec Sabatzky ⁽³⁾ et avec MM. Leroy et Médakovitch ⁽⁴⁾ que la femme arrive au traitement plus tard que l'homme ; et que c'est là l'unique raison du moindre succès thérapeutique. En effet, la paralysie générale féminine affecte des allures moins bruyantes, moins expansives, moins délirantes. Souvent elle se manifeste par une

(1) BRATZ, *Zeitschr. f. u. Fortbild*, 1923, Bd XX, s. 164.

(2) LEWIN, *N. Y. State Journ. Med.*, 1928, XXVIII, p. 562.

(3) SABATZKY, *Psychiatrisch neurol. Wochens.*, 1926, XLV, s. 497 et XLVI, s. 569.

(4) LEROY et MÉDAKOVITCH, *Soc. Méd. Psych.*, 31 mars 1930.

simple apathie qui n'attire que tard l'attention. La durée moyenne avant le traitement en est plus longue que chez l'homme (23 mois au lieu de 17) ⁽⁵⁾.

Pour les mêmes raisons les formes expansives de la maladie de Bayle comportent un meilleur pronostic que les formes dépressives, et surtout que les formes démentielles simples, qui ne sont reconnues et traitées que beaucoup plus tard. D'après nos observations le début remontait en moyenne à 6 mois pour les formes expansives, à 9 mois pour les formes dépressives, et à 11 mois pour les formes démentielles pures. Ces chiffres suffisent à expliquer les différences des résultats observés. Que l'on remarque d'autre part que les P. G. sans délire peuvent avoir un excellent pronostic, lorsqu'elles sont reconnues et traitées assez tôt (obs. 2 et 6). C'est une loi presque constante que la proportion des rémissions complètes est en raison inverse de l'ancienneté du début. On peut dire qu'ils ont de la chance ces malades qui se font remarquer au seuil de la méningo-encéphalite par leur excitation cérébrale et leur délire mégalomaniac.

Néanmoins ce rôle capital de la précocité du traitement n'élimine pas l'influence d'autres facteurs que nous allons essayer d'analyser. Mais dans cette étude il est indispensable de ne mettre en parallèle que des cas comparables par le temps d'évolution antérieur à la thérapeutique. Aussi dans la suite de ce chapitre, nous n'envisagerons parmi nos malades que ceux qui fu-

(5) V. Notes 3 et 4 page précédente.

rent impaludés moins d'un an après le début des premiers symptômes.

*
* *

La gravité exceptionnelle des P. G. juvéniles a été signalée par divers auteurs, Wagner, Jauregg et H. Claude en particulier. Aussi doit-on chercher si l'âge du sujet ne peut avoir quelque influence sur la valeur des résultats. Ainsi nous remarquons que l'âge moyen de nos malades était de 39 ans dans les cas de rémission complète, de 37 ans pour les rémissions partielles et de 35 ans pour les mauvais résultats. Inversement 6 de ces sujets avaient moins de 35 ans : 2 sont en rémission complète, 2 en rémission incomplète et 2 ont récidivé. 6 avaient plus de 35 ans et ont fourni : 4 rémissions complètes, 1 incomplète et 1 mauvais résultat. Il semble donc que les échecs soient plus fréquents pour les sujets jeunes, quoique certains puissent bénéficier de rémissions parfaites (obs. 2 et 3).

D'autre part à l'âge des malades est souvent lié le temps de latence de l'infection syphilitique, entre l'accident primaire et le début des troubles paralytiques. Cette période est en moyenne de 13 ans pour nos rémissions complètes, de 12 ans pour nos rémissions partielles et de 10 ans pour les résultats médiocres.

Or certains auteurs ont remarqué que les traitements modernes de la syphilis, et particulièrement les thérapeutiques arsenicales, semblaient raccourcir le temps d'incubation de la P. G. N'est-ce là qu'une apparence due à ce que seules les infections particulièrement virulentes aient résisté au traitement ? ou bien

comme Plaut et Müzlzer semblent l'avoir démontré expérimentalement ⁽⁶⁾, des thérapeutiques insuffisantes pour stériliser le malade, n'ont-elles pas réussi au contraire à exalter l'activité des tréponèmes ? Cependant les cas ne sont pas rares, où des traitements puissants, variés et longtemps prolongés ont été mis en œuvre et n'ont pu empêcher l'évolution d'une méningo-encéphalite ⁽⁷⁾. Depuis que notre maître, le Professeur Lépine, eut attiré notre attention sur ces faits, nous en avons remarqué la fréquence. Un de nos malades (obs. 15) en est un exemple typique : dès son chancre, et régulièrement ensuite, il a reçu de nombreuses séries arsenicales et mercurielles ; néanmoins six ans après il entrait à l'Hôtel-Dieu avec des signes évidents de P. G. ; après malariathérapie, il n'a eu qu'une fausse rémission.

Frappé par ce fait, nous avons cherché si les traitements anciens et le temps de latence de la syphilis n'avaient pas une influence sur les résultats plus ou moins favorables de la malariathérapie. Toujours pour la même série de malades impaludés précocement, 5 n'avaient eu aucun traitement antisypilitique (âge moyen : 42 ans, temps de latence inconnu) résultats : 4 rémissions complètes et 1 incomplète. 5 avaient été insuffisamment traités (âge moyen 37 ans ; temps de latence : 13 ans 1/2) résultats : 2 rémissions complètes, 1 incomplète, 2 mauvais résultats. Enfin 2 malades avaient été très régulièrement traités (âge

(6) RADOVICI, *La Neurosyphilis*, Paris, Masson, 1929.

(7) J. LÉPINE, *Journ. de Méd. de Lyon*, 1925, p. 335.

SEZARY, *Monde Médical*, décembre 1931.

LEROY et MÉDAKOVITCH, *loc. cit. bibl.*, p. 108.

moyen : 30 ans, temps de latence : 9 ans) : 1 rémissions incomplète, 1 mauvais résultat ⁽⁸⁾.

Nous nous garderons de conclure de l'étude d'un nombre si restreint de malades ; néanmoins nous sommes surpris de la netteté des conclusions qui semblent s'imposer. S'agit-il d'infections particulièrement graves ayant résisté à la thérapeutique ? ou bien les médicaments antisypilitiques doivent-ils être mis directement en cause, soit pour leur toxicité propre, soit pour l'exaltation de la virulence des spirochètes ? Ces questions sont trop lourdes de conséquences pour que nous tentions de les résoudre ; néanmoins elles valent la peine d'être posées.

*Malades impaludés moins d'un an après le début
de la P. G.*

Obs.	Age	Latence de la σ φ	Traite- ments spé- cifiques	Ethyl.	Résultat
I	46	?	0	0	Rémissions complètes
II	27	?	0	0	
III	28	10 ans	+	+	
IV	48	20 ans	+	0	
V	41	10 ans	0	0	
VI	43	?	0	+	
VII	35	12 ans	++	0	Rémissions incomplètes
X	29	?	+	+	
XII	49	?	0	+	
XIII	32	12 ans	+	+	Mauvais résultats
XIV	26	6 ans	+++	+	
XX	47	12 ans	+	0	

(8) Voir le tableau ci-après.

Moyenne et proportion de ces facteurs suivant les

Résultats obtenus	Age des mal.	Latence de la $\sigma \varphi$	Traitements	Ethyl.
Rem. complètes	39 ans	13 ans	1/3	1/3
Rem. incompl.	37 ans	12 ans	2/3	2/3
Mauv. résultats	35 ans	10 ans	3/3	2/3

Ces réflexions nous rappellent les remarques émises par M. de Clérembault pour les malades atteints d'automatisme mental ⁽⁹⁾. La transformation de ce syndrome en délire systématisé progressif est d'autant plus rapide que l'individu est plus jeune (loi de l'âge) et que le début est plus brusque (loi de la massivité) ; et plus le temps de passage est court du stade anidéique au stade délirant, plus la désintégration de la personnalité est rapide (loi de la latence). De même dans la paralysie générale, plus le malade est jeune, plus sa syphilis est récente et plus il est rapidement arrivé à la période d'état, moins il a de chances de guérir. La malariathérapie échoue souvent alors, ou bien elle ne donne que des rémissions incomplètes et transitoires. Ce rapprochement nous montre une fois de plus les lois uniques de la pathologie générale s'appliquer à des processus morbides bien différents.

Par ailleurs, on sait que dans la maladie de Bayle la syphilis n'est pas tout ; et le rôle du terrain sur lequel insistaient déjà les classiques ne doit pas être

(9) LÉVY-VALENSI, *Rapport au Congrès des Méd. Al. et Neur. français et de langue française*, 1927.

négligé ⁽¹⁰⁾. Parmi les causes adjuvantes de la P. G., l'éthylisme tient peut-être une place importante. Nous nous sommes demandé s'il n'était pas un facteur de moindre efficacité de la malariathérapie.

Sur 12 malades impaludés au cours de la première année de l'affection, 6 étaient alcooliques et ont fourni : 2 rémissions complètes, 2 incomplètes et 2 mauvais résultats, tandis que les 6 autres se répartissent ainsi : 4 rémissions complètes, 1 incomplète, 1 mauvais résultat. Inversement nous retrouvons des antécédents éthyliques dans 1/3 des rémissions complètes et 2/3 des rémissions partielles et des mauvais résultats. Il semble donc que l'alcoolisme antérieur puisse compromettre le succès thérapeutique.

*
* *

Par contre, le nombre des accès ne semble pas avoir une importance très grande : Il fut de 9 en moyenne pour nos cas de rémission complète, de 8 pour les rémissions incomplètes, de 10 pour les résultats médiocres. Wagner Jauregg fixe à 8 le nombre optimum des accès fébriles ⁽¹¹⁾ ; c'est également à ce nombre que maintenant à Lyon on arrête le paludisme. en règle générale. De même le type des accès tierces ou quotidiens, la plus ou moins grande « quantité de fièvre » (Dattners et Kanders) ne semblent pas posséder une influence bien nette.

(10) J. LÉPINE, Art. P. G. in *Nouv. Traité de Méd.*, de Roger Vidal et Teissier.

(11) WAGNER JAUREGG, *Munch. mediz. Wochenschrift*, 2 janvier 1931.

Quant à la confusion mentale que l'on observe fréquemment au cours de la période fébrile, elle nous paraît bien être un signe de bon pronostic, comme divers auteurs l'ont signalé depuis longtemps. Mais la valeur de ce symptôme serait plus grande, s'il n'existait une cause d'erreur : l'alcoolisme peut donner lieu à des états semblables qui n'ont aucun intérêt pronostique ; mais, en règle générale, le P. G. impaludé présente sous l'influence de la fièvre une confusion asthénique simple, tandis que l'alcoolisme donne une note plus onirique, plus délirante, que peut signer l'apparition d'idées de jalousie (comme dans notre obs. 14) ⁽¹²⁾. Nous avons noté de la confusion pendant la période fébrile chez 2/3 de nos malades complètement guéris, dans la moitié des cas de rémissions incomplètes et dans un seul sur 8 des résultats médiocres.

Enfin, sans vouloir reprendre la question du traitement spécifique post-malarique, que nous avons exposée au cours du chapitre précédent, nous avouons que notre expérience trop limitée ne nous a pas permis de préférer avec Weygandt et Nyssen le paludisme seul, ou bien de croire avec Gerstmann et les auteurs parisiens à l'utilité d'une chimiothérapie secondaire.

Nous n'avons pas davantage l'expérience du traitement spécifique prémalarique, tel que le conseillent Dujardin et Targowla ⁽¹³⁾, dans les cas de contre-indi-

(12) Voir aussi notre obs. 18 (délire onirique nocturne pendant et après les accès ; sans doute sous la dépendance de l'éthyl).

(13) DUJARDIN et TARGOWLA, *Rapport au Congrès des Méd. Al. et Neur. fr. et de lang. fr.*, Anvers, 1928.

cation temporaire à l'impaludation ; méthode dont MM. Leroy et Médakovitch ne sont pas partisans. Quelques-uns de nos malades avaient été traités auparavant par des arsenicaux pentavalents ; certains sans avantages ⁽¹⁴⁾, d'autres avec un succès incomplet et transitoire (obs. 7). Pour les premiers, lorsque les tentatives n'ont pas été trop prolongées, elles ne paraissent pas influencer les résultats de la malariathérapie. Pour les seconds au contraire, ainsi que pour une malade améliorée par la méthode de Sicard, mais temporairement (obs. 11), un temps précieux a été perdu ; et l'on risque ainsi (comme pour ces deux malades) de ne plus obtenir qu'une rémission incomplète.

(14) Obs. 6 et : LÉPINE et LARRIVÉ, *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 18, VI, 1929.

CHAPITRE IV

Questions médico-légales et sociales

*Le paralytique général en rémission devant les lois ;
Capacité civile ; — reprise des emplois de sécurité ; —
décisions médico-militaires ; — responsabilité pénale.
— Assistance aux P. G. : les besoins nouveaux.*

Depuis quelques années de nombreux auteurs ont traité cette question difficile de la situation médico-légale des P. G. en rémission après malariathérapie. D'excellents articles (1) ont paru, auxquels nous n'ajou-

(1) ANTHEAUME, *Encéphale*, VII-VIII, 1925, p. 500.

GROSZ et STRAUSSLER, *Ztsch. f. Neur. u. Psych.*, Bd CXI, 1927, s. 485.

CLAUDE, *Acad. de Méd.*, mai 1927. — *Soc. Méd. Lég.*, 8, IX, 1928.

CLAUDE et TARGOWLA, *Congrès des M. Al. et Neur. fr. et de lang. fr.*, Anvers, 1928.

WIMMER, *Idem*, et *Encéphale*, VII-VIII, 1928.

ALEXANDER et NYSSSEN, *Soc. de Méd. Ment. et Soc. de Méd. lég. de Belgique* (Séance commune du 22 déc. 1928) et *J. de N. et de P.*, XXIX, p. 16.

ROJAS, *Annales Méd. Psych.*, 1929, p. 385.

MICHEL et WEBER, *Wien. med. Woch.*, 1928, Bd XXVIII, s. 925.

LEROY, *Journ. de Neur. et de Psych.*, mars 1929, p. 153.

LEROY et MÉRAKOVITCH, *loc. cit.* bibliogr.

terons pas grand'chose ; et cependant nous ne voulons pas passer sous silence cet important problème.

Un traitement nouveau a modifié le pronostic et la symptomatologie même de la maladie de Bayle. Une chose est certaine : les dispositions légales d'autrefois doivent être aujourd'hui révisées.

Certes, certains malades ne bénéficient nullement de l'impaludation ; pour ceux-là aucune question nouvelle ne se pose. D'autres jouissent d'une amélioration incomplète, passagère ou définitive, qui commande la plus grande prudence au point de vue médico-légal. Enfin pour un certain nombre on a constaté de toutes parts des rémissions complètes, se maintenant depuis 5 et 10 ans. On n'ose encore affirmer qu'il s'agisse là de guérisons définitives, mais c'est très probable. Quoi qu'il en soit, on ne peut plus appliquer à ces sujets les principes médico-légaux du siècle dernier.

La situation des P. G. malarisés nous apparaît donc essentiellement variable : ce sont des cas d'espèce que devra minutieusement distinguer l'expert aliéniste par une longue observation psychologique et une enquête portant sur la vie actuelle et passée du malade. D'autre part nous savons que les résultats de la malaria-thérapie sont souvent tardifs, qu'ils ne sont pas toujours stables : d'où résulte l'utilité de surseoir à toute décision médico-légale jusqu'à l'année au moins qui suivra l'impaludation et celle de réexaminer périodiquement le sujet, au moins pendant quelques années.

Ceci posé, nous envisagerons successivement les capacités civiles et la responsabilité pénale des P. G. en rémission complète ou presque complète ; ceux

que l'on peut considérer comme pratiquement guéris.

Au point de vue civil, la plupart des auteurs sont d'accord pour rendre à ces sujets leur capacité entière. La difficulté reste d'ordre pratique dans la distinction des rémissions complètes et incomplètes ; il existe toute une série de cas intermédiaires pour lesquels il y aura sans doute de grandes variations dans les décisions des experts. A notre sens, quelques années après l'impaludation, la question pourrait se poser ainsi : refuserait-on à ce sujet ses droits civils si l'on ignorait ses antécédents pathologiques ? Observerait-on un déficit intellectuel ou des troubles de l'affectivité suffisants, pour prononcer l'interdiction ou pour la maintenir ? Lorsque toute chance de rechute est pratiquement écartée par un recul assez long, nous ne voyons pas pourquoi on considérerait ce sujet différemment, à tares égales, que tout autre dont les troubles seraient d'origine congénitale par exemple.

La validité du testament et du témoignage en justice peut poser en outre un problème difficile : celui de l'état mental antérieur, lors de l'acte en cause. Nous retrouverons cette question à propos de la responsabilité pénale. Auparavant nous voulons envisager la situation de nos malades en face du mariage, du divorce, des emplois de sécurité.

Certes, si nous admettons leur capacité civile, le mariage leur est ouvert. Le cas se pose rarement sans doute, mais il peut se poser. Quelle sera l'attitude du médecin ? On connaît l'effroyable descendance des P. G. ; et rien encore ne nous permet de croire que la malariathérapie ait supprimé ce danger, même dans

les cas de rémission complète. Les rares observations, qui nous ont été signalées, ont confirmé cette impression (obs. 10) : des fausses couches et des prématurés, des macérés et des enfants plus ou moins tarés, tous morts en bas âge : telle est la progéniture que l'on peut prédire même à ceux qui paraissent complètement guéris de leur méningo-encéphalite. Avec le Docteur Bowen, de Lausanne, qui nous a fait l'honneur et le plaisir de nous dire son opinion, nous concluons que le mariage doit être formellement déconseillé. Lorsque le médecin peut, comme en Suisse, conseiller la stérilisation ⁽²⁾ du sujet, et lorsque celui-ci, désireux de se marier néanmoins, s'y soumet, le problème peut être résolu de la sorte. Bien entendu les rapports conjugaux autorisant de telles craintes sur la descendance, la même mesure pourrait être conseillée aux P. G. déjà mariés.

En Suisse également, le divorce autorisé par la loi pour maladie mentale incurable du conjoint n'était guère demandé autrefois pour une P. G. rapidement fatale. Actuellement les fixations post-malariques et les rémissions incomplètes sont susceptibles de provoquer des demandes de divorce. Ces cas poseront de difficiles problèmes aux experts : les séquelles, nous l'avons vu, sont surtout affectives, et peuvent donc passer inaperçues à l'examen du sujet. C'est une enquête sérieuse qui, en général, permettra de conclure.

En France, puisque la loi n'admet pas l'aliénation comme cause de divorce, le problème se posera de toute

(2) Loi du 2 mars 1928, Canton de Vaud.

autre façon : comme on le fait souvent pour d'autres psychoses, on tournera la loi en alléguant des « sévices » ou des « injures graves »... Sans doute le P. G. incomplètement guéri, avec l'exagération de ses défauts anciens, son irritabilité si fréquente, troubles qui se manifestent surtout dans l'intimité, ne justifie que trop cette demande de divorce. Mais n'est-ce pas aussi un malade ? N'a-t-il pas quelques droits à une sympathie indulgente, à des soins, à une direction, qui lui feront défaut en dehors de son ménage ? — et cela d'autant plus que ces séquelles peu marquées ne justifient pas l'internement. Or, c'est dans ces conditions que le divorce sera accordé. Au contraire, on ne l'obtiendra pas, lorsque le malade maintenu à l'asile n'en subirait pratiquement nul dommage.

Quelles que soient les opinions individuelles au sujet du divorce, puisque la loi française en admet le principe, on ne comprend pas pourquoi l'aliénation mentale ne pourrait en constituer un motif ; l'analogie avec les maladies physiques n'est défendable ni sur le terrain psychologique, ni sur les conséquences pratiques. Est-ce bien parce que la jurisprudence considère le divorce comme une sanction, comme une peine, qu'il ne peut être prononcé contre un aliéné, irresponsable de ce fait ? n'est-ce pas là rester prisonnier de nos formules, juger sur des mots et non sur des faits. Le vœu émis au Congrès de Blois ⁽³⁾ en 1927 sera-t-il entendu ?

■
* *

(3) *Congrès des Méd. Al. et Neur. fr. et de lang. fr.*, Blois, 1927. — BOWEN, *Rapport sur le divorce des aliénés.*

La reprise de la profession antérieure pose encore d'intéressants problèmes, lorsque des responsabilités importantes sont engagées. On peut y rattacher la question de la conduite d'une auto, qui se pose assez souvent en pratique. Nous n'envisageons bien entendu que les cas des P. G. en rémission thérapeutique suffisante pour reprendre leurs fonctions.

L'exemple d'un de nos malades (obs. 1) dont la rémission ne s'était pas encore complétée, qui eut une série d'accidents, montre bien que dans les cas de guérisons partielles la question des emplois de sécurité ne devrait même pas se poser. Au contraire dans les cas de rémissions complètes l'hésitation est permise.

Jusqu'ici on s'est généralement accordé pour refuser ces postes aux P. G. malarisés, quel que soit leur état ; en grande partie par crainte des rechutes sans doute. Or, nous avons vu qu'après 3 ans cette éventualité devenait exceptionnelle. D'autre part, une récédive a rarement un début brutal ; nous n'en avons observé qu'un cas (obs. 11 : ictus après quelques mois de rémission par pyrétothérapie réglée). Cette éventualité nous semble trop rare après un certain délai pour écarter définitivement nos malades de leur ancien métier, lorsque les responsabilités engagées ne sont pas trop fortes. D'ailleurs, qu'on le veuille ou non, la plupart des malades finiront par désobéir au veto médical. Dans le service du Professeur Froment, nous avons eu l'occasion d'entendre un chauffeur de taxi épileptique refuser de changer de métier. Nous connaissons un commerçant qui, après plusieurs ictus, continuait à conduire sa voiture, quoique sa compa-

gnie d'assurance ait refusé de renouveler son contrat. Que faire en ces cas ? Le médecin de famille est lié par le secret professionnel ; d'autre part, même si la loi exigeait une expertise médicale, il n'est pas de signes objectifs qui permettent toujours une conclusion absolue. Néanmoins, c'est une sécurité importante qu'obtiennent les compagnies de chemin de fer, par exemple, en assujettissant leurs employés à des visites médicales périodiques. Des institutions analogues devraient se répandre, en particulier pour la conduite des automobiles. C'est un problème important de la sécurité publique qui attend encore sa solution.



Au point de vue militaire, la difficulté des décisions à prendre, vis-à-vis des sujets en rémission plus ou moins complète, est considérablement augmentée, si l'on envisage les circonstances nouvelles qu'une guerre peut brusquement créer. Il ne suffit pas de savoir si tel ancien malade socialement guéri peut reprendre ses occupations antérieures dans les conditions habituelles du temps de paix ; il faut encore se demander s'il sera capable de satisfaire aux exigences exceptionnelles du service, créées par les hostilités, s'il supportera sans défaillance des chocs moraux répétés sur les champs de bataille. La plus grande prudence nous paraît indispensable ici, car la moindre faute peut avoir de grosses conséquences : l'exemple décuple l'effet des actes de lâcheté, comme des actes de bravoure ; la fuite d'un seul homme peut entraîner le recul d'une unité importante. Nous devons d'autant

plus tenir compte de ces faits que ces expertises s'appliquent souvent à des officiers.

De nombreuses observations, concernant d'autres sujets, ont montré combien il pouvait être dangereux de maintenir dans l'armée des hommes instables au point de vue mental. Les conditions morales et physiques, que détermine la guerre, diminuent le contrôle de la raison, libèrent les tendances affectives et révèlent souvent des tares psychiques jusque-là compensées. Tel prédisposé constitutionnel qui faisait assez bonne figure dans la vie civile, adapté à son milieu social, est susceptible dans l'armée, et surtout dans l'armée du temps de guerre, de commettre des fautes considérables : les désertions, les abandons de poste, les paniques sont parfois le fait soit de débiles, soit d'hyperémotifs, lors d'un raptus anxieux. Telle est l'importance du milieu, loi générale de la pathologie mentale, qui trouve ici une confirmation manifeste.

Ainsi les décisions à prendre nous paraissent relativement simples dans les cas de rémissions incomplètes : un déficit intellectuel ou des troubles du caractère nous semblent suffisants pour motiver la réforme. Au contraire, le problème s'avère particulièrement difficile pour les rémissions complètes. En apparence, le retour à l'état psychique antérieur est parfait ; mais qui oserait affirmer que ces sujets ne restent pas sensibilisés au point de vue mental par la méningo-encéphalite dont les symptômes ont disparu ? Ne paraissent-ils pas au contraire en état d'équilibre instable et particulièrement sensibles au surmenage physique et surtout moral ? Il nous semble donc légitime de les écarter des postes importants et de les soumettre à un contrôle d'autant plus étroit que leurs charges sont plus

élevées. De plus, on tiendra compte non seulement de leurs fonctions, mais encore de leur âge, et bien entendu de la qualité et de la durée des rémissions.

Dans tous les cas, après l'impaludation une demande de congé de longue durée doit être conseillée, au terme duquel une hospitalisation s'impose, pour permettre une observation prolongée, et de même une enquête minutieuse auprès de l'entourage. Des séquelles apparaissent-elles encore importantes ? la réforme temporaire ou définitive doit être envisagée. Au contraire, lorsque la rémission est complète, on doit maintenir le sujet en activité, mais sous les réserves suivantes : En temps de paix on lui confiera un travail simple, sans initiatives, sans grosses responsabilités et sous un contrôle fréquent, surtout au cours des premières années. En temps de guerre, il sera maintenu à l'arrière à l'abri des chocs émotifs et des traumatismes. Mieux vaut n'obtenir de ces éléments qu'un rendement médiocre, et n'envoyer dans les troupes combattantes qu'une sélection.

Ces remarques doivent s'appliquer également aux civils encore mobilisables, et tout particulièrement aux officiers de réserve, puisqu'elles sont dictées par la crainte d'une guerre éventuelle. A ces P. G. socialement guéris, on devrait conseiller de se présenter devant une commission de réforme, pour que leur situation soit régularisée en cas de mobilisation. Aussi complète que sera en apparence la guérison obtenue, on écartera ces sujets du service armé, et on les fera verser dans le service auxiliaire où ils seront utilisables sans risquer de devenir dangereux.

Au point de vue pénal, certains auteurs admettent que tout acte de P. G. en rémission doit être suspect et que sa responsabilité reste toujours douteuse : c'est une nouvelle période médico-légale de la maladie de Bayle.

Une telle attitude nous semble logique ; mais elle ne doit pas être poussée à l'extrême, croyons-nous. Tout ancien malade pratiquement guéri après malaria ne doit pas être déclaré irresponsable du fait seul de sa P. G. ancienne. Si la rémission est complète et si l'éventualité d'une rechute peut être éliminée, ne devrait-on pas rendre à ces individus leur responsabilité pénale comme leur capacité civile ?

Pour que le prévenu puisse être considéré comme responsable il faut exiger les conditions suivantes :

1° La disparition des signes dits démentiels (c'est-à-dire le retour de l'autocritique, du jugement, de l'attention et de la mémoire) ;

2° L'absence de séquelles affectives graves ;

3° La disparition des troubles psycholaliques et psychographiques ;

4° L'absence de réaction cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien ; (une réaction de Wassermann positive et même de l'hyperalbuminose isolées ne peuvent être tenues pour des signes d'évolutivité, à moins qu'un examen antérieur ait donné des résultats entièrement négatifs) ;

5° Enfin, il importe de savoir, si au moment du délit ou du crime, l'état mental du sujet était le même qu'au moment de l'expertise. Cette question est particulièrement difficile à résoudre : était-il déjà en rémission

complète ? ou bien n'a-t-il pas eu une bouffée de délire ou de confusion, prélude d'une récurrence ? Si l'acte incriminé lui-même ne porte pas le cachet démentiel, si le malade avait déjà repris ses occupations antérieures et paraissait normal à son entourage, si une observation minutieuse et prolongée ne permet pas de dépister le moindre trouble, on peut répondre que l'individu n'était pas en état de démence « tempore criminis ».

Wimmer (4) a publié une expertise détaillée où ces conditions étant réalisées, il conclut à la responsabilité du P. G. en rémission. Aucun de nos malades en liberté n'ayant été inculpé nous ne pouvons présenter une observation personnelle de cet ordre ; nous nous permettons de résumer ici celle de Wimmer. A notre sens, elle devrait servir d'exemple à toute expertise médico-légale concernant ces sujets.

Cordonnier, 45 ans. Irritable, émotif, instable ; intelligence moyenne.

Déjà inculpé en 1915 et 1919 pour actes de violence envers sa femme. Arrêté de nouveau pour le même motif en 1928 et vu à cette époque en fin d'expertise. Syphilis en 1910. Excès éthyliques jusqu'en 1922. Interné en 1923 pour délire mégalomane absurde avec hallucinations visuelles, légers troubles de la parole et de l'écriture, réactions humores de la P. G. Peu après : ictus et hémiparésie transitoire. En février 1924, malariathérapie : amélioration, puis récurrence des idées

(4) WIMMER, *Encéphale*, juillet-août 1928.

délirantes, mais sédation rapide. En août 1924 sort de l'asile en rémission complète ; reprend sa vie familiale et professionnelle. D'abord plus doux qu'autrefois, au dire de sa femme, puis peu à peu retour à l'état psychique antérieur avec tendance à la violence. En 1928 un soir : querelle avec sa femme, actes de violence. Le malade garde un souvenir détaillé de cette dispute. Depuis comportement normal.

A l'examen : Aucune trace de démence, aucun trouble de la mémoire ; parole spontanée normale, léger embarras aux mots d'épreuves ; écriture maladroite sans troubles du type paralytique. Par ailleurs : bon état général ; pas de tremblement de la langue ; pas de signes oculaires ; mais abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Syndrome humoral négatif.

Conclusion : « L'inculpé doit être regardé comme guéri de sa P. G. ancienne... il ne présente pas actuellement de signes de maladie mentale ; et l'on ne peut soutenir que, lors de son acte de violence, il était en état de démence. »

Sans doute pourra-t-on reprocher à l'expert qui formule de telles conclusions de n'être pas certain que les séquelles de méningo-encéphalite ne soient pas en cause au moins partiellement. Mais dans quel cas possède-t-on une certitude absolue pour affirmer qu'un inculpé est parfaitement normal au point de vue psychique ?

D'autre part les théories si séduisantes de responsabilité atténuée aboutissent à un paradoxe pratique : Tel criminel dont les tares psychiques, une hérédité chargée permettent à son avocat d'obtenir une peine légère, sera bientôt remis en liberté ; donc en état de nuire, car il est fatalement entraîné à la récidive. Sans doute sa responsabilité est-elle moindre ; mais il n'en est que plus dangereux pour la société. Notre Code

pénal ne prévoit pas d'intermédiaires entre le criminel et le dément. L'article 64 s'applique ou ne s'applique pas. Seule la création d'asiles de sûreté donnerait une sanction pratique à la circulaire ministérielle du 12 décembre 1905. Nous espérons que le projet de révision du Code pénal, actuellement en cours d'étude, résoudra ce problème pratique.

Actuellement, il appartient au médecin d'opter pour chaque P. G. après malariathérapie, soit pour l'asile, soit pour la reprise de la vie antérieure avec récupération de la capacité civile et de la responsabilité pénale. Mais si ces solutions sont légitimes pour les cas extrêmes, le problème est ardu pour les malades en rémission incomplète.

Heureusement la paralysie générale ne pousse qu'exceptionnellement les malades au crime ; le plus souvent les expertises seront demandées pour des délits d'importance minime, sans conséquences graves.

Aussi peut-on admettre le retour à la société de malades incomplètement guéris. En ce cas, on conseillera une surveillance étroite ; la mise sous conseil judiciaire et la nomination d'un administrateur provisoire des biens pourront être utiles au début. Plus tard l'interdiction sera ou non prononcée.

Pour les malades fortunés ces conditions sont souvent suffisantes ; mais pour les malades du peuple on doit recourir trop souvent à l'internement pour des raisons d'ordre social. Une autre solution s'impose et c'est à une nouvelle formule d'assistance qu'il faut la demander.

Les conditions actuelles des malades traités par le paludisme provoqué exigent des organisations neuves pour les recevoir pendant le traitement, pour les garder ensuite en attendant la rémission, même si celle-ci tarde à se produire.

Que seront ces centres de malariathérapie qui doivent être créés, suivant le vœu émis par l'Académie de Médecine ⁽⁵⁾ sur la proposition du Professeur H. Claude ? organismes annexés aux services hospitaliers, nous dit-on, et non aux asiles d'aliénés ; ceci est parfait, à condition qu'ils soient confiés non à des syphiligraphes, comme le prévoyait la circulaire ministérielle du 20 juillet 1929, mais à des neuropsychiatres, comme le demanda notre maître, le Professeur Lépine ⁽⁶⁾, à l'Académie de Médecine. Pratiquement jusqu'ici la malariathérapie est une méthode curative et non prophylactique de la P. G.

De plus, ces organismes disposeront-ils des moyens suffisants pour recevoir et garder aussi longtemps qu'il est utile les P. G. des milieux pauvres ? C'est de ceux-ci surtout dont nous voulons parler, car pour les malades des classes riches la clinique privée ou la maison de santé pendant la cure, le milieu familial ensuite constituent des conditions de choix pour le traitement. Au contraire les conditions actuelles sont beaucoup plus défectueuses pour les malades du peuple ; surtout pour les P. G. récents, qui devraient bénéficier au maximum de la thérapeutique. Assez souvent ils se présentent avec des troubles psychiques

(5) *Acad. de Méd.*, Séances du 23 avril et du 9 mai 1929.

(6) *Acad. de Méd.*, Séance du 29 octobre 1929,

légers qui ne suffisent pas à justifier le placement d'office. D'autre part le placement volontaire entraîne de trop grosses charges pour les familles. On oublie trop que la loi de 1838 prévoit un placement volontaire gratuit, souvent inapplicable pour des raisons budgétaires. Cependant c'est à l'internement que le plus souvent on doit se résoudre ; même lorsque le malade est impaludé à l'hôpital : la rémission tarde à se produire ; les services hospitaliers sont encombrés ; la famille de ces sujets ne pourrait pas les surveiller ; on aboutit alors à ce fait paradoxal qui peut tendre à discréditer la méthode : l'internement après la fin des accès, en attendant la rémission. Et l'on peut entendre dans l'entourage des phrases comme celle-ci : « Le médecin lui a donné de la fièvre pour le rendre fou et l'envoyer à l'asile. »

Ainsi par manque d'assistance bien des malades sont internés à qui ce préjudice aurait pu être évité. Plus tard, sortis de l'asile, si complète que soit leur rémission, ces sujets sentiront toujours peser sur eux les préjugés populaires si sévères pour les aliénés.

Bien des difficultés tomberaient si l'on disposait, dans chaque région, de services spéciaux, indépendants des asiles, assez vastes pour conserver au besoin les malades plusieurs mois, possédant un personnel médical et infirmier suffisant et ayant l'expérience de la malarithérapie. Des chambres d'isolement sont indispensables au cours de la période fébrile, et parfois ensuite pour les malades agités et délirants. Mais c'est là toute une organisation à créer ; et il ne suffit pas de

doter d'une souche de plasmodium vivax les services de neurologie de nos hôpitaux.

Sans doute de nombreux P. G. restent encore justiciables de l'asile : ceux qui demeurent fixés dans leur démence, ceux qui présentent les métamorphoses paranoïdes décrites par Gerstmann. Mais, pour les cas fréquents d'amélioration incomplète, l'internement nous semble un pis aller. Ces sujets posent à nouveau une vieille question d'assistance : celle du travail des aliénés, qui semble si négligée presque partout en France, alors que certains pays étrangers l'ont élevée à la hauteur d'une thérapeutique. Ne pourrait-on pas créer dans notre pays quelques colonies agricoles, où seraient astreints à un travail pratique, tout en vivant en liberté relative, ces malades encore trop atteints pour reprendre leur place dans la société, ayant besoin d'être surveillés et dirigés, et cependant capables de mieux faire que de rester inactifs, mornes et figés dans les cours des asiles ?

Conclusions

L'état des P. G. traités à l'Hôtel-Dieu de Lyon, de 1927 à 1929, par la malariathérapie, suivie le plus souvent d'arsenicaux pentavalents et parfois de bismuth, nous permet avec un recul de 3 à 5 ans de formuler les conclusions suivantes :

I. — Les rémissions complètes, avec reprise de l'activité professionnelle et retour intégral au psychisme antérieur, ne sont pas rares, surtout pour les malades traités au début. Dans ces cas la rémission est généralement durable : (Gerstmann signale 4,8 % de rechutes, qui sont toutes survenues moins de 3 ans après l'impaludation) ; nous n'en avons observé aucune.

Les rémissions incomplètes permettant le retour à la société, avec parfois diminution de la capacité de travail, se caractérisent par un déficit léger de l'intelligence ou des troubles plus ou moins importants de la sphère affective (tendance à l'euphorie parfois ; plus souvent apathie, irritabilité, hyperémotivité). Dans 1/3 à 1/4 de ces cas, on peut observer des récides, survenant en général dans les 18 premiers mois qui suivent le traitement, jamais après 3 ans ; ces rechutes sont plus rarement influencées par une réimpaludation que la première atteinte.

Parfois les troubles du caractère sont trop importants pour que les malades soient remis en liberté, quoiqu'ils restent capables d'un certain rendement.

Enfin les P. G. qui n'ont pas été améliorés semblent fixés avec l'atteinte du fonds mental qui existait lors de l'impaludation ; mais leur état général ne s'est pas aggravé.

Les troubles de la parole et de l'écriture s'améliorent parallèlement aux modifications psychiques ; le tremblement des doigts, les secousses fasciculaires des muscles du visage et de la langue régressent également. Par contre la discordance entre les résultats psychiques et le syndrome humoral reste longtemps manifeste.

II. — Sur les 20 malades que nous avons étudiés nous avons observé :

6 rémissions complètes (30 %),

6 rémissions incomplètes (30 %),

60 % de guérisons pratiques.

3 rechutes après rémission partielle (15 %),

2 améliorations déficitaires (10 %),

3 fixations (15 %),

40 % de résultats médiocres.

III. — Le pronostic thérapeutique dépend surtout de la précocité du traitement malarique ; les formes cliniques sont d'autant plus favorables que plus bruyantes elles ont attiré plus tôt l'attention. Les $\frac{3}{4}$ des malades impaludés, alors que les troubles psychiques avaient débuté depuis moins d'un an, sont en rémission. Tout se passe comme si dans l'évolution de la

maladie de Bayle, il n'existait au début que des troubles psychiques pseudo-démentiels, susceptibles de régression ; l'atteinte définitive du fonds mental n'étant que secondaire.

D'autre part, les résultats nous ont paru d'autant plus aléatoires que le malade est plus jeune, que sa syphilis est plus récente et qu'elle a été plus énergiquement traitée ; de plus l'éthylisme antérieur semble posséder une influence aggravante. Le nombre de nos observations est trop restreint pour nous permettre d'affirmer notre impression sur ces différents points.

IV. — Au point de vue médico-légal, il n'y a que des cas d'espèces ; chaque expertise pose un problème difficile : certains malades doivent être considérés comme des déments ; d'autres, au contraire, en rémission complète et durable, doivent récupérer leur capacité civile, et peut-être même leur responsabilité pénale.

Enfin pour les P. G. des classes pauvres l'assistance est encore insuffisante. La création de centres de malariathérapie reste encore à généraliser.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	JEAN LEPINE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 5 Octobre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

Note Bibliographique

Les travaux consacrés à la malariathérapie de la P. G. sont à l'heure actuelle extrêmement nombreux. Nous avons cité au cours de notre étude nos principales sources ; en particulier au début du chapitre II sur les rechutes, et du chapitre IV sur les questions médico-légales, ceux qui se rapportent directement à notre sujet. Nous ne les rappellerons pas ici car une telle bibliographie serait tout à fait incomplète. Nous renvoyons à celles très étendues de deux ouvrages, l'un en allemand, l'autre en français, que nous avons souvent cités :

GERSTMANN. — *Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse*. Vienne, Springer, 1928 (2^e édition).

LEROY et MÉDAKOVITCH. — *Paralysie générale et Malariathérapie*, Paris, Doin, 1931.

Nous ajouterons seulement deux travaux récents que ces ouvrages ne citent pas :

CHRISTY. — *Contribution à l'étude de la malariathérapie de la paralysie générale*. Thèse, Lyon, 1929.

SÉZARY et BARBÉ. — *Les traitements modernes de la P. G.* Paris, Doin, 1930.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE.	
AVANT-PROPOS	7
OBSERVATIONS : Rémissions complètes.....	11
Rémissions incomplètes.....	20
Rechutes	30
Améliorations déficitaires.....	34
Fixations	37
DEUXIÈME PARTIE.	
Chapitre I. — La qualité des résultats.....	43
Chapitre II. — La durée des rémissions....	57
Chapitre III. — Les conditions du succès....	69
Chapitre IV. — Questions médico-légales et sociales	81
CONCLUSIONS	97
NOTE BIBLIOGRAPHIQUE.....	101



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS - ÉDITEURS

42, QUAI GAILLETON, 42

LYON



